



**8º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**A Tomada de Decisão do Enfermeiro Obstetra
sobre a realização de Episiotomia**

Lénea Mónica Rocha Mendes Neves

Lisboa 2020





**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**A Tomada de Decisão do Enfermeiro Obstetra
sobre a realização de Episiotomia**

Lénea Mónica Rocha Mendes Neves

Orientadora: Professora Maria Luísa Sotto-Mayor

**Lisboa
Janeiro 2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Durante este percurso, pude contar com o apoio e força de algumas pessoas especiais, que me motivaram e incentivaram a não desistir, apesar de alguns percalços.

Quero agradecer, em primeiro lugar, à Professora Maria Luísa Sotto-Mayor, pela sua disponibilidade e incentivo.

Também quero agradecer à equipa de enfermeiros, com a qual trabalhei durante os ensinamentos clínicos, que me permitiram partilhar e adquirir novos conhecimentos e experiências. Agradeço, igualmente, à minha Chefe Adelaide Medinas, por toda a disponibilidade e ajuda, assim como aos meus colegas de serviço por estarem sempre disponíveis.

Um dos pilares essenciais neste percurso, foram os meus Pais, obrigada por Tudo! Pai, sei que apesar de não estares fisicamente presente, estarás sempre comigo a acompanhar-me e a proteger-me, Tu sabias que eu era uma lutadora e tinhas muito orgulho em mim. És a minha Estrelinha da Sorte!

Outros pilares, não menos importantes, foram o meu marido, as minhas filhas Ana Catarina e Maria Inês, e os meus sogros, sem eles não teria sido possível concretizar este objetivo.

A Ti querida Madrinha, que não estás presente para veres terminado este percurso, apesar de teres acompanhado o início e de me teres dado muita força, apoio e carinho. Serás sempre a minha Estrelinha!

Obrigada a toda a restante família, nomeadamente a minha irmã, cunhados e sobrinhos e aos amigos por estarem sempre presentes.

Outro agradecimento especial vai para as minhas colegas do 8º CMESMO, sobretudo para a Marta Margalhos.

Obrigada a Todos por tanto incentivo, carinho e força...

Parafraseando Gandhi “Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer...”

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

APDMGP - Associação Portuguesa dos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto

B-On - Biblioteca do Conhecimento Online

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ICM - International Confederation of Midwives

JBÍ - Joanna Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

SP - Sala de Partos

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

VO - Violência Obstétrica

WHO - World Health Organization

RESUMO

O presente Relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este trabalho consiste na reflexão crítica sobre os objetivos alcançados e na demonstração das competências especializadas desenvolvidas e adquiridas durante o Estágio, que decorreu em contexto de Sala de Partos (SP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), de dois hospitais públicos, localizados em Lisboa e na região do Algarve.

O tema do presente relatório surge de um conjunto de saberes e técnicas, adquiridos no percurso académico do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que despertaram interesse pela episiotomia e pela tomada de decisão do Enfermeiro Obstetra sobre a realização de episiotomia. Um tema valioso, devido à elevada taxa da prática de episiotomia rotineira nos hospitais portugueses e que carece de investigação que oriente o uso desta prática.

Neste projeto realizou-se uma revisão *scoping*, de modo a mapear a evidência científica relevante para a temática em estudo e para a questão de investigação “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?” Os principais resultados da pesquisa mostram que a prática de episiotomia só deve ser realizada em casos de necessidade (situações como períneo curto, prematuridade, sofrimento fetal, ou vontade da parturiente/casal), pelo que devem ser maximizadas estratégias que permitam partos mais humanizados, de qualidade, com clientes devidamente informados e minimizadas as consequências da realização de episiotomia. Para isso, os enfermeiros obstetras devem encarar a parturiente como o elemento principal do parto, evidenciando a sua autonomia, liberdade, dignidade e respeito pelos seus direitos. É de realçar que ainda existe um longo caminho a seguir, que se espera seja frutífero a médio e longo prazo, permitindo o empoderamento da mulher durante a gravidez e o parto.

Palavras-chave: Episiotomia; Tomada de Decisão; Sala de Parto; EESMO; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

The present report is inserted in the scope of the curricular unit (UC) Internship with report, from the masters in Maternal and obstetrical health nursing, from Lisbon's superior School of Nursing. This paper consists in a critical reflection about the objectives achieved, and in the demonstration of specialized skills developed and acquired during the internship, that took place in the birth room context of two public hospitals located in Lisbon and in the Algarve region.

The theme of the present report emerges from a set of knowledge and techniques acquired in the academic path of the masters in Maternal and Obstetrical Health Nursing that rose interest by the episiotomy and the nurse-midwife's decision making about the performance of the episiotomy. A valuable theme because of the high rates of routine episiotomy practice in Portuguese hospitals requires further investigation that could guide the use of this practice.

In this project, a scoping revision was made in order to map the relevant scientific evidence for the theme in study and for the investigation question "What influences the obstetrical nurse's decision making when performing episiotomy?". The research's main results show that the episiotomy performance should only be done in cases of need (cases like short perineum, prematurity, fetal distress, or by the couple's/pregnant lady's will), so that strategies that allow more humanized births should be maximized, increasing their quality, the amount of informed clients, and minimize the consequences of the episiotomy performance. For that, obstetrical nurses should see the pregnant lady has the central element of birth, evidencing her autonomy, liberty, dignity and respect for her rights. It should be pointed that there is still a long way to go, expected to be fruitful in the medium and long term, allowing the woman's empowerment during her pregnancy and birth.

Keywords: Episiotomy; Decision Making; Delivery Room; EESMO; Obstetric Violence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Episiotomia.....	12
1.1.1. A importância do períneo para a qualidade de vida da mulher.....	12
1.1.2. Episiotomia	12
1.1.3. Tipos de episiotomia	13
1.1.4. Indicações para episiotomia	14
1.1.5. Consequências/complicações da Episiotomia.....	15
1.1.6. Consentimento informado sobre a realização da episiotomia.....	17
1.2. Perspetiva Teórica de Christine Tanner: Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem ...	19
1.3. Tomada de decisão do enfermeiro	20
PARTE 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	24
2.1. Revisão Scoping (<i>Scoping Review</i>).....	24
2.1.1. 1ª Etapa – A questão de investigação	24
2.1.2. 2ª Etapa – Estratégia de pesquisa	25
2.1.3. 3ª Etapa – Revisão, seleção e análise dos estudos	26
2.1.4. 4ª Etapa - Apresentação dos resultados	26
PARTE 3: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
Conclusão.....	32
PARTE 4: ENSINO CLÍNICO - NOVAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	34
4.1. Competências específicas do EESMO	34
4.2. Competências comuns aos enfermeiros especialistas	37
4.2.1. Considerações éticas.....	38
4.3. Competências do 2º Ciclo de Estudos.....	40
PARTE 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICES	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tipos de Episiotomia	14
Figura 2 - Modelo de Juízo Clínico em enfermagem de Christine Tanner.	19

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos estudos analisados e os principais resultados/conclusões.....	30
--	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Tabelas de Critérios de Inclusão/Exclusão.....	56
Apêndice II - Termos usados na pesquisa e conjugação dos descritores	60
Apêndice III - Fluxograma da seleção dos artigos (JBI, 2015).....	64
Apêndice IV - Tabela de análise dos artigos selecionados para a revisão scoping.....	68
Apêndice V - Cartaz Cuidados perineais	79

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio vem responder ao proposto pela unidade curricular Estágio com Relatório, do 8º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Destina-se a demonstrar os conhecimentos obtidos durante o percurso académico e profissional, nomeadamente, constituir uma base de desenvolvimento ou aplicações originais em contextos de investigação; saber aplicar os conhecimentos em resolução de problemas em situações novas e não familiares; ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas; comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; obter uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma e servir de base para a discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista é o profissional que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, atendendo às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, as quais mostram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão e que se refletem em competências especializadas referentes a um campo de intervenção. As competências essenciais para o exercício da especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), que se desenvolveram no presente Relatório em Estágio, encontram-se descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011), no Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de Maio de 2019) e no documento *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*, elaborado pela International Confederation of Midwives (ICM, 2013).

Para que o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro seja adequado, torna-se essencial a escolha de um referencial teórico fundamentado num Modelo de Enfermagem, que permita aprofundar conhecimentos e aliar a excelência aos cuidados disponibilizados. O modelo escolhido foi o Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem, baseado na perspetiva teórica de Christine Tanner (2006), que defende que a evidência para a tomada de decisão do enfermeiro engloba quatro aspetos: observação, interpretação, reação e reflexão.

Os objetivos do presente relatório de estágio, intitulado “A Tomada de Decisão do Enfermeiro Obstetra sobre a realização de Episiotomia” são os de descrever o trabalho

desenvolvido na aquisição de conhecimentos que justifiquem intervenções de qualidade baseadas em evidência científica, assim como o aperfeiçoamento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica.

Para atingir os objetivos propostos, procedeu-se em primeiro lugar à realização de revisão *scoping* (*scoping review*) para responder à seguinte questão de investigação “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?” Com esta questão pretendo compreender se os cuidados de enfermagem especializados, dispensados à mulher grávida durante o parto vaginal, têm como prioridade a qualidade e o bem-estar da parturiente e consequentemente do seu bebé.

Em segundo lugar realizou-se o Estágio, a componente do ensino clínico, fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências. O Estágio desenvolveu-se durante o período de 5 de março a 13 de julho de 2018, em salas de parto e serviços de urgência obstétrica e ginecológica de dois hospitais públicos portugueses, tendo tido a duração total de 750 horas de ensino clínico, as quais foram distribuídas da seguinte forma: 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo da estudante. O ensino clínico decorreu sob a orientação de uma docente da ESEL e de dois orientadores clínicos, ambos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

Quanto à estrutura do relatório, o mesmo encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico sobre a episiotomia, às razões que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro quanto à realização da episiotomia e à apresentação do Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem, de Christine Tanner.

No segunda parte, referente ao enquadramento metodológico, que consiste na revisão da literatura através do modelo de análise *scoping review* do Joana Briggs Institute (JBI, 2015). A terceira parte diz respeito à apresentação e discussão dos resultados.

A quarta parte corresponde à análise das competências desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos. Apresentam-se as competências comuns aos enfermeiros especialistas e as competências específicas do EESMO específicas, nomeadamente as atividades desenvolvidas ao longo do acompanhamento do trabalho de parto, que contribuirão para o meu futuro enquanto futura enfermeira especialista ESMO, bem como as competências específicas do 2º ciclo de estudos. Por último, na quinta parte apresentam-se as considerações finais, onde se apresenta a reflexão pessoal sobre o percurso

efetuado, e de que forma poderá este estudo contribuir para a melhoria das práticas do enfermeiro obstetra.

A norma utilizada foi a norma da American Psychological Association (APA) atualizado em 2018, consoante o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL.

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Episiotomia

1.1.1. A importância do períneo para a qualidade de vida da mulher

O períneo é uma região que se estende desde a vulva até ao ânus, formada por músculos, fáscias e fibras e limitada pela sínfise púbica, cóccix, ramos isquiopúbicos e tuberosidades isquiáticas (Cunningham et al., 2012). Sendo o corpo perineal formado pelo ponto central entre o triângulo urogenital e o triângulo anal, tem diversas funções, tais como: apoiar o segmento anorretal e o canal vaginal; servir de barreira física entre a vagina e o reto; prevenir a expansão do hiato urogenital; preservar a continência urinária e fecal.

As mulheres que têm partos vaginais com períneo íntegro apresentam maiores níveis de saúde no pós-parto, o que diminui as readmissões hospitalares, a dor perineal, proporciona pavimentos pélvicos mais fortes, melhor função sexual e menores níveis de depressão (Phillips & Monga, 2005). Em contrapartida, possíveis lesões no períneo podem limitar a capacidade funcional dos sistemas urogenital e gastrointestinal, assim como causar dor e desconforto no período pós-parto ou no ato sexual (Enkin et al., 2008). Os mesmos autores consideram que o períneo é fundamental para a integridade anatómica do corpo perineal e a subsequente qualidade de vida das mulheres. E Aasheim et al. (2011), afirmam que na realização da episiotomia pode subsistir um trauma perineal, que afeta o períneo, vagina e tecidos de suporte, provocando uma laceração de 2º grau (Aasheim et al., 2011).

Devido à importância de manter o períneo íntegro, é necessário ponderar cuidadosamente o uso da episiotomia

1.1.2. Episiotomia

A episiotomia corresponde a um procedimento cirúrgico realizado durante o parto vaginal, que consiste em alargar o canal de parto, através de uma incisão no períneo, no momento do coroamento da cabeça fetal, imediatamente antes da sua expulsão (Ciello et al., 2012, Kalis et al., 2012; Rezende, 2012; Posner, Black & Jones, 2013). Esta técnica é realizada com o intuito de minimizar a lesão nos tecidos moles, quando a musculatura perineal se encontra muito distendida (Lowdermilk & Perry, 2009).

A episiotomia foi historicamente introduzida no século XVIII pelo obstetra irlandês Sir Fielding Ould em 1742, para ajudar o “desprendimento fetal em partos difíceis”. Contudo, este procedimento não ganhou popularidade no século XIX, uma vez que não havia anestesia disponível e era responsável por elevada taxa de infecções (Mattar, Aquino & Mesquita, 2007).

Foi com a descoberta do antibiótico e o aumento do interesse pela reprodução no início do século XX que a episiotomia foi introduzida na prática obstétrica, com o objetivo de poupar o períneo à sobredistensão, abreviar a expulsão do feto e a duração do 2º estágio do trabalho de parto (Oliveira & Miquilini, 2005; Rezende, 2012). Contudo, nos anos oitenta do século passado a sua eficiência foi colocada em dúvida, devido às consequências associadas, como: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia (Kalis et al., 2012; Vogel et al., 2012). Borges, Serrano & Ferreira referem que se trata de “um procedimento cirúrgico quase universal que foi introduzido na prática clínica sem evidência científica que suportasse o seu benefício. O seu uso continua a ser rotineiro apesar de não cumprir a maioria dos objetivos pelos quais é justificado, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto sobre a morbilidade ou mortalidade do recém-nascido” (2003, p.447).

Recentemente, a OMS, no relatório “*WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, fundamentado nos mais recentes estudos científicos internacionais sobre a episiotomia, recomenda que “o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo” (Recomendação 39, WHO, 2018, pp.150-154).

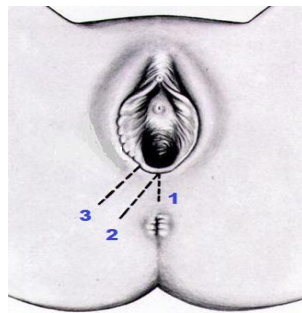
1.1.3. Tipos de episiotomia

A técnica da episiotomia pode ser de três tipos, dependendo da orientação do corte em relação à fúrcula lateral, médio-lateral e mediana (perineotomia).

Na Figura 1. pode ver-se que a episiotomia mediana consiste numa incisão de 3/4cm na rafe mediana a partir da fúrcula; este tipo de episiotomia tem como vantagens: menor perda sanguínea, mais fácil reparação, maior respeito pela integridade anatómica do pavimento muscular, menor desconforto doloroso e é raramente acompanhada de dispareunia, contudo apresenta o risco de se prolongar facilmente para lacerações do esfíncter anal e do reto, pelo que tem sido progressivamente abandonada (Graça, 2017).

A episiotomia lateral pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus, pelo que é habitualmente evitada.

Figura 1: Tipos de Episiotomia



Legenda:

1- Incisão mediana (perineotomia)

2- Incisão médio-lateral

3- Incisão lateral

Fonte: Imagem retirada de <https://slideplayer.com.br/slide/297919/> - Departamento de Genecologia e Obstetrícia Faculdade de Medicina de S. J. do Rio Preto

A episiotomia médio-lateral é a mais utilizada em Portugal. Este tipo de episiotomia engloba as seguintes estruturas: pele, mucosa vaginal, aponevrose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e fibras internas do elevador do ânus, sendo realizada segundo um ângulo de 45 graus relativamente à mediana. A principal vantagem deste tipo de episiotomia é ter uma incidência quase nula de lesões no esfíncter anal e do reto, contudo, na generalidade, é mais hemorrágica, mais difícil de reparar e provoca maior dor no pós-parto. (Graça, 2017).

1.1.4. Indicações para episiotomia

As principais indicações para a episiotomia, segundo Kudish et al. (2006) e Macleod et al. (2008), referem-se à proteção fetal e à proteção do períneo no parto instrumental. Na proteção fetal, a episiotomia visa proteger o crânio dos prematuros, assim como a diminuição da asfixia perinatal, Índices de Apgar mais elevados, diminuição da acidose fetal e de complicações como distócia de ombros.

Lima et al. (2013), encontram as seguintes justificações para o uso da episiotomia: a preservação do assoalho pélvico, o que diminui a incidência de prolapsos uterinos, de cistocelos e de retocelos; proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, levando à diminuição da duração do segundo estágio do parto; diminuição da compressão da cabeça fetal sobre o períneo, o que previne lesões cerebrais e lesões perinatais; antecipação da asfixia neonatal e das lacerações perineais brandas ou severas; prevenção da incontinência urinária e distócias pélvicas; rapidez da

cicatrização; ampliação do canal vaginal que beneficia o nascimento e a extração assistida por ventosa ou no fórceps.

De estudos de revisão da literatura sobre este tema, Carroli e Mignini (2009), concluem que as verdadeiras indicações da episiotomia são o parto instrumental, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia, sofrimento fetal ou ameaça de ruptura perineal grave. Também Rimolo (2011), refere como critérios para a realização da episiotomia: sofrimento fetal, macrossomia; expulsão fetal lenta; prematuridade; a necessidade de abreviar o período expulsivo; a distócia de ombros; o parto com fórceps; o risco de laceração perineal; a primiparidade; a exaustão materna; falta de colaboração materna, períneo curto, episiotomia anterior; pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do trabalho de parto.

1.1.5. Consequências/complicações da Episiotomia

Como referido, a episiotomia é uma técnica com indicação de aplicação em várias situações, no entanto apresenta vários riscos, entre eles, o de dispareunia e de maior laceração severa do períneo (Oliveira & Miquilini, 2005).

Moini, Yari & Eslami (2009) apontam como consequências da episiotomia uma maior dor puerperal, dispareunia, lacerações mais graves do períneo ou incontinência urinária no pós-parto, e Santos e Shimo (2008) indicam que o seu uso rotineiro se encontra relacionado com o aumento de incidência de infeção perineal, assim como aumento de hemorragia, dor durante a cicatrização, problemas no esfíncter anal, laceração do 3º e 4º grau, dor durante o ato sexual ou autoimagem negativa corporal da mulher.

Pereira e Pinto (2011) e Cunningham et al. (2012), indicam outras complicações como a formação de grandes hematomas vulvares, paravaginais ou isquiorretais, celulite perineal, incontinência de gases, fecal e/ou urinária de esforço.

Por seu lado, os autores Vogel et al. (2012) e Stener et al. (2012) afirmam que a episiotomia não deve ser realizada de forma sistemática durante o parto vaginal, uma vez que ainda não foram obtidas evidências científicas válidas que legitimem a sua prática frequente. A esse respeito, Lesieur e Beretelle (2016), consideram que o uso rotineiro da episiotomia não leva a benefícios na diminuição da duração do período expulsivo e no sofrimento fetal, pelo que a episiotomia deve ser de uso restritivo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), o uso de episiotomia deve ser limitado apenas para situações estritamente necessárias, pois aumenta o risco de traumatismo perineal posterior, a necessidade de sutura e, consequentemente, complicações relacionadas com a cicatrização

É de referir que a episiotomia é selecionada como medida de prevenção das lacerações perineais (Beleza, Nakano & Santos, 2004). Resumidamente, podem classificar-se as lacerações do períneo, em quatro graus, consoante as estruturas anatómicas afetadas. Sucintamente, as lacerações de primeiro grau englobam a fúrcula, a pele do períneo e mucosa vaginal, as lacerações de segundo grau afetam as estruturas de primeiro grau, assim como a fáscia e músculos do diafragma urogenital, enquanto as lacerações de terceiro grau englobam as estruturas do segundo grau e as fibras exteriores do esfíncter rectal e finalmente, as lacerações de quarto grau englobam todas as estruturas anteriores, para além da mucosa retal (Graça, 2017).

Contudo a evidência científica mostra que a laceração perineal tem vantagens sobre a prática da episiotomia. Santos e Shimo (2008) afirmam que, visto que as lacerações do 1º grau afetam apenas a pele ou a mucosa vulvovaginal, esta apresenta melhores resultados do que a episiotomia no que se refere à perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e função muscular. Outras vantagens apontadas são: a utilização de menos material de sutura, menor tempo de cicatrização, aparecimento de menos problemas no períneo, menos dor pós-parto, entre outras (Islam et al., 2013; Ali, Malik, Iqbal & Faruqi, 2016).

Apesar das lacerações do períneo manifestarem menos prejuízo para as mulheres do que a episiotomia (Beleza, Nakano & Santos, 2004), a episiotomia é a técnica privilegiada no atendimento ao parto, como demonstram as estatísticas. O European Perinatal Health Report (2010), situa Portugal (72,9% de episiotomias em partos vaginais) em segundo lugar, entre 29 países europeus estudados, com percentagens de episiotomia mais altas da Europa, situando-se apenas atrás do Chipre (75%). Percentagem idêntica (71,3%,) foi encontrada num estudo nacional realizado pela Associação Portuguesa dos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto (APDMGP), entre 2012-2015, que envolveu um total de 3.378 mulheres. De realçar que estas percentagens são extremamente elevadas, pois a OMS (2015) indica uma taxa média que não deverá exceder os 10%.

Oliveira e Miquilini (2005) afirmam que os profissionais da saúde devem pesquisar práticas alternativas, de modo a prevenir o trauma perineal, como por exemplo a adoção

da posição em decúbito lateral durante o período expulsivo. Outras técnicas mencionadas são as massagens perineais, aplicação de compressas mornas no períneo no período pré-natal e intraparto e manobra de Ritgen modificada.

1.1.6. Consentimento informado sobre a realização da episiotomia

Segundo a conceção de alguns profissionais de saúde, a episiotomia é um dos poucos procedimentos cirúrgicos que estes podem realizar sem o consentimento informado da mulher. Apesar disso, o dever destes profissionais exige que estes conversem com as parturientes, explicando as possíveis complicações que poderão ocorrer durante este procedimento, tendo sempre como finalidade o respeito pela individualidade, dignidade e integridade das mesmas no momento do parto (Frigo et al., 2014).

O respeito pela parturiente e pelas suas decisões deve ser mantido durante todo o processo do parto, ou seja, antes, durante e depois do parto, devendo a parturiente participar de forma ativa, assumir o papel de protagonista e conhecer adequadamente a forma como o parto irá ser realizado e as respetivas escolhas pelas quais terá de optar (Caires & Santos, 2014).

Antes de consentir a realização da episiotomia, a parturiente deve ver respondidas as suas dúvidas e incertezas e ser informada sobre as vantagens e desvantagens do procedimento, uma vez que o mesmo pode levar a alterações cicatriciais ou outras complicações que poderão influenciar o resto da sua vida (Zanetti et al., 2009).

Algumas mulheres permitem a episiotomia, pois não compreendem adequadamente como se irá realizar o procedimento, por desconhecerem as indicações, vantagens e desvantagens, por terem falta de apoio e acompanhamento ou por terem receio ou vergonha de solicitar mais informações (Frigo et al., 2014).

Na conceção de Proganti, Araújo e Mouta (2008), Santos e Shimo (2008) e Lopes et al. (2012), a assimetria de informação, quer da mulher, quer dos profissionais de saúde, impede a reivindicação da mulher e o exercício do seu direito na participação da decisão sobre o procedimento da episiotomia.

Costa et al. (2011), acrescentam que ao realizar a episiotomia sem consentimento informado, muitos profissionais de saúde podem estar a desobedecer aos princípios éticos e legais da sua profissão, pois esse procedimento viola os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Proganti, Araújo & Mouta, 2008).

Por esse motivo, a mulher e os profissionais de saúde devem criar uma relação de confiança mútua, partilha de informação e reconhecimento do papel ativo da mulher nos cuidados que lhe são prestados. Para isso, deve existir o consentimento informado, onde os profissionais de saúde disponibilizam à mulher informação suficiente e adequada sobre qualquer procedimento, devendo dar-lhe a oportunidade de ponderar sobre a respetiva decisão. Depois de estar devidamente aconselhada, a mulher pode aceitar ou recusar a realização de episiotomia.

Deste modo, alguns dos deveres do EESMO (OE, 2015) passam por:

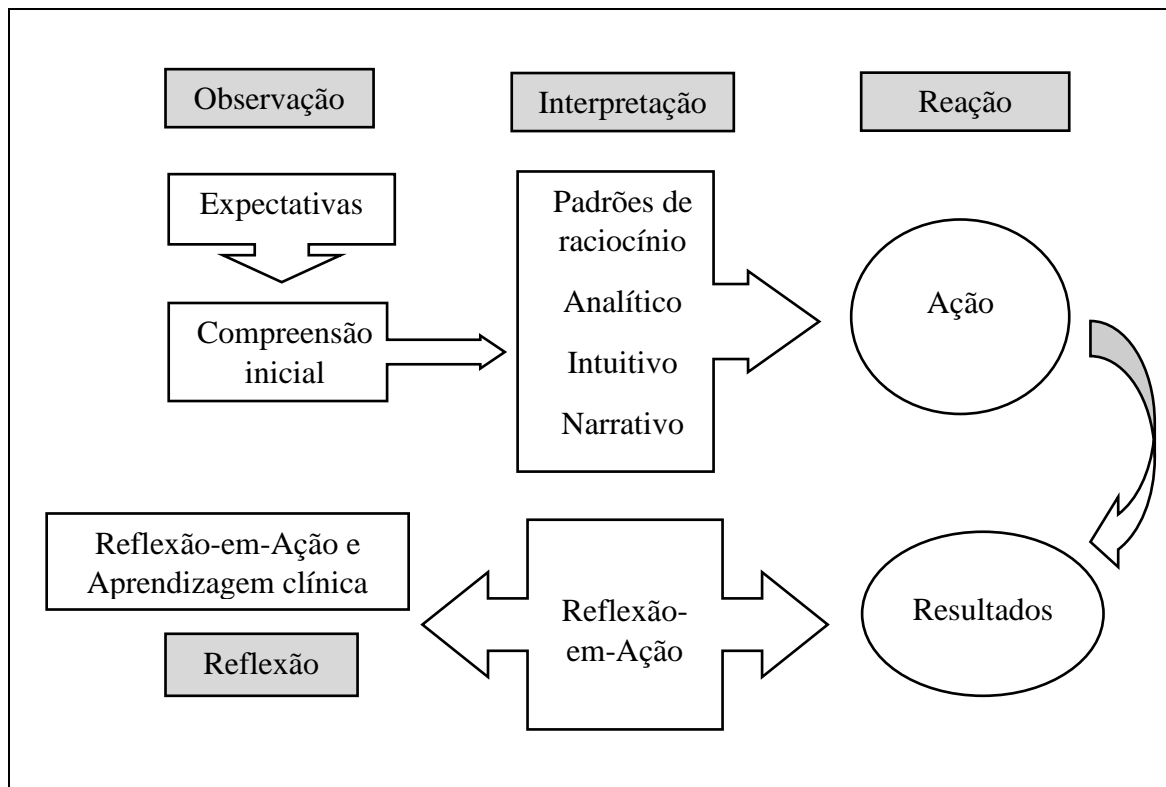
- Trabalhar em parceria com as mulheres/casais grávidos.
- Promover a capacitação/empoderamento das mulheres/casais grávidos face às tomadas de decisão referentes ao planeamento familiar, gravidez, trabalho de parto e parto.
- Verificar se o consentimento informado foi obtido pela pessoa que formaliza o internamento/admissão.
- Validar a informação que a mulher grávida possui face à gravidez, trabalho de parto e parto.
- Esclarecer as dúvidas.
- Discutir o plano de parto da mulher/casal com a equipa clínica.
- Garantir a implementação de estratégias congruentes com o plano de parto, de modo a que o mesmo seja realizado com segurança, dignidade e integridade.
- Acompanhar o parto normal em caso de apresentação cefálica (ou apresentação de vértice), incluindo se necessário a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica em situação de urgência.
- Denunciar más práticas da equipa clínica, que presta assistência a grávidas/parturientes.

Alguns dos principais aspetos que influenciam a parturiente no momento de aceitar ou rejeitar a episiotomia são: aspetos socioculturais, experiências prévias, assistência médica e pré-natal, recomendações de familiares ou amigos (Figueiredo et al., 2010; Pimenta et al., 2014). É importante que os profissionais de saúde conheçam estes aspetos para ajudar as parturientes a vivenciar de forma calma, tranquila e segura o período de parto, garantindo-lhes uma assistência humanizada, íntegra e respeitadora dos seus direitos (Martins et al., 2018).

1.2. Perspetiva Teórica de Christine Tanner: Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem

O Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem proposto por Tanner (2006) corresponde ao julgamento clínico, que se encontra em constante mudança e carece de raciocínio, reavaliação e respostas contínuas no seu desenvolvimento (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de Juízo Clínico em enfermagem de Christine Tanner.



Fonte: Tanner (2006)

Este modelo engloba quatro aspetos (Figura 2): a observação - um entendimento percetivo da situação em questão (*noticing*); a interpretação - desenvolver uma compreensão suficiente da situação para responder (*interpreting*); a reação - decidir sobre um curso de ação adequado para a situação (*responding*) e a reflexão - atender às respostas dos clientes (ou utentes) à ação de enfermagem enquanto decorre o processo de ação (*reflecting*).

Este modelo, aplicado às situações de ESMO perante uma mulher durante o parto, traduz-se da seguinte forma:

O EESMO procede à observação do períneo durante o período expulsivo e cria uma expectativa que resulta da conjugação de uma multiplicidade de fatores entre os quais os sinais que observa quer na parturiente quer no feto, os valores e princípios da

parturiente e família, os seus próprios conhecimentos teóricos/práticos, princípios, valores e crenças. Esta é a compreensão inicial que conduz o ESMO a interpretar o que observa utilizando padrões de raciocínio analítico, intuitivo e narrativo. Durante o período expulsivo, a cabeça começa a coroar e o EESMO, perante a sua observação e interpretação do que acha ser a necessidade da parturiente para um melhor *outcome* (resultado), tem uma reação/ação que pode ser a decisão de efetuar episiotomia, ou tentar um períneo íntegro, eventualmente permitindo uma solução de continuidade da pele por laceração. O resultado ou resultados da intervenção decidida levam o EESMO a refletir em ação, que se traduz na avaliação e compreensão das consequências da intervenção efetuada. Deste modo, o EESMO adquire experiência e maior conhecimento clínico, aprimorando assim a sua capacidade de julgamento clínico em futuras situações e melhorando a relação no contexto de fundo que é a prática de enfermagem no dia-a-dia com as parturientes, seus recém-nascidos e suas famílias.

1.3. Tomada de decisão do enfermeiro

O papel do enfermeiro especialista ESMO no acompanhamento do parto é crucial, uma vez que este é o profissional que permanece a maior parte do tempo ao lado da parturiente, devendo estar munido de competências e capacidades que lhe permitam realizar adequadamente o parto, ao mesmo tempo que assegura a qualidade da assistência de enfermagem e a satisfação da mulher com os serviços da maternidade (Francisco et al., 2011).

O dever do enfermeiro especialista ESMO é o de cuidar a cliente utilizando um saber próprio, o chamado saber de enfermagem, que permite cuidar da pessoa na sua globalidade, prestando cuidados personalizados e sabendo refletir sobre as práticas baseadas na evidência científica. Estas práticas contribuem para que os enfermeiros se consciencializem sobre a necessidade de melhorar, mudar, investigar ou investir na sua formação contínua.

Os EESMO podem e devem ser encarados como elementos impulsionadores de mudança nos serviços, uma vez que recorrem a práticas baseadas na evidência, as quais contribuem para enriquecer os cuidados aos utentes, através da maximização dos resultados obtidos nas evidências científicas (Profetto-Mcgrath et al., 2010).

De acordo com o Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem de Tanner (2006), a observação, interpretação e a resposta do julgamento crítico do enfermeiro são

influenciados por uma multiplicidade de fatores que Jesus (2004) classifica em aspetos contextuais e aspetos individuais. Nos aspetos contextuais, destacam-se os fatores exteriores aos indivíduos e que são inerentes à natureza, contexto da atividade, complexidade do problema, características das clientes, intensidade do trabalho, fontes de informação ou recursos disponíveis. Por sua vez, os aspetos individuais referem-se ao conhecimento e experiência dos indivíduos, assim como ao género, valores, crenças pessoais, cultura, entre outros.

A evidência científica indica como características próprias da cliente: a primiparidade, o parto induzido, o parto instrumentado, o uso de epidural, cesariana anterior, possíveis doenças relacionadas, a rigidez perineal, o feto macrossómico e prematuridade (Lowenstein et al., 2005; Carvalho, Souza & Filho, 2010). E no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78º, nº 2, alíneas d) e e), indica-se como valores universais que o enfermeiro deve possuir o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Conforme o Modelo de Juízo Clínico em Enfermagem de Tanner, a reflexão é essencial para o aprimoramento da capacidade de julgamento clínico do enfermeiro e esta deve ser fundamentada na experiência e conhecimento prévios do EESMO. Contudo, a evidência científica aponta que essa experiência e conhecimento prévios podem ser prejudicados por: falta de tempo para investigação; incapacidade para avaliar a qualidade dos estudos; falta de cooperação por parte dos profissionais de saúde; não ter autoridade para executar mudanças; dificuldade em compreender as análises e resultados estatísticos; falta de pesquisa de literatura e o não conseguir implementar os resultados da investigação (Moreno et al., 2010).

Também outros autores indicam que, entre os aspetos que condicionam a tomada de decisão baseada em evidência científica, se encontram: a limitação temporal; características pessoais do enfermeiro (falta de confiança nas suas capacidades); limitação de recursos e apoio desajustado por parte da instituição (Profetto-MacGrath et al., 2010).

Algumas estratégias que poderão maximizar a tomada de decisão baseada em evidência científica passam por: atualização dos profissionais de saúde; utilização de diversas fontes de evidência, que servirão para o apoio a decisões clínicas e de gestão; implementação e avaliação de práticas sancionadas, quer a nível nacional quer a nível internacional; assumir riscos; cooperar a nível local e global com outros profissionais de

saúde; interagir com outras unidades curriculares para reforçar evidências em enfermagem (Marquis & Huston, 2010).

Os autores Profetto-MacGrath et al. (2010) salientam a importância da presença de um elemento que influencie a equipa para a inovação e a tomada de decisões sustentada, devendo para isso o EESMO possuir as competências adequadas e estar preparado para divulgar os resultados obtidos nas investigações e conhecimentos que tenham relevância para o cuidado aos utentes.

Por outro lado, e não menos importante, é que a tomada de decisão deve ser realizada em conjunto, ou seja, entre o EESMO, a parturiente e a sua família. Kolovos et al. (2015) salientam que a informação disponibilizada, de forma individual e adequada, é um requisito para a participação ativa do utente no contexto dos cuidados de Enfermagem. A esse respeito, Carvalho et al. (2015) consideram que é essencial a implementação de programas e ações de carácter educativo que elucidem as mulheres, no período antes e pós-parto, sobre os direitos sexuais e reprodutivos, vantagens e desvantagens da episiotomia. Se isto acontecer, as mulheres poderão intervir na decisão dos enfermeiros obstetras e agir conscientemente.

Em suma, a tomada de decisão deve ser realizada atendendo a aspetos contextuais, individuais, baseada na evidência científica e nas particularidades de cada utente, de modo a que a mesma seja personalizada consoante cada situação. Isto significa que a tomada de decisão deve incentivar os utentes a estarem cada vez mais informados de modo a valorizarem a sua capacidade de decidir, respeitar o direito ao próprio corpo, à autonomia e à condição de pessoa (Sodré et al., 2012).

PARTE 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Do enquadramento teórico, apresentado anteriormente, compreende-se que é necessária mais investigação sobre a prática da episiotomia. São assim necessários mais estudos que ofereçam as bases epistemológicas e epidemiológicas, com evidência contra os procedimentos que não contemplem os direitos das mulheres (Bento & Santos, 2006; Prieto & Moura, 2012; Rimolo, 2011; Ho et al., 2015; Costa et al., 2015; Lesieur & Beretelle, 2016).

Um dos temas que despertou o meu interesse, durante a pesquisa para a elaboração do enquadramento teórico, foi tentar compreender as razões que levam o EESMO à tomada de decisão sobre a realização da episiotomia. Deste modo, optei por fazer a Revisão *Scoping*, que se apresenta de seguida, não só sobre a episiotomia, mas também sobre os fatores que influenciam a tomada de decisão do EESMO para a sua realização.

2.1. Revisão *Scoping* (*Scoping Review*)

Segundo Armstrong et al. (2011), a revisão *scoping* corresponde a um processo de pesquisa sobre literatura que apresenta evidência científica relacionada com a temática alvo de estudo, através de uma visão abrangente do que já se encontra publicado. A revisão *scoping* desenvolve-se ao longo de 4 etapas, a saber: 1ª etapa – Definição da questão de investigação; 2ª etapa – Estratégia de pesquisa; 3ª Etapa – seleção, revisão e análise dos estudos encontrados, e 4ª etapa – Extração e apresentação dos resultados.

2.1.1. 1ª Etapa – A questão de investigação

Na primeira etapa da *scoping review* é definida a questão de investigação. Para Fortin (2009), uma questão de investigação constitui uma pergunta clara sobre um tema que se pretende estudar, visando o conhecimento já existente, ou seja, forma um enunciado que aclara os conceitos estudados, caracterizando a população alvo e sugerindo uma investigação empírica. A problemática que influenciou a decisão do que pretendemos estudar foi o uso rotineiro e eventualmente excessivo da episiotomia, em Portugal. Deste modo, a questão de investigação formulada é a seguinte: “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?”

Para responder a esta questão, seguindo as indicações de Fortin (2009), delineou-se uma base mnemónica PCC, correspondendo à População, Conceito e Contexto. Desta forma,

a População será o Enfermeiro Obstetra, o Conceito será a tomada de decisão para a realização da episiotomia e o Contexto será o 2º estágio do trabalho de parto, ou o período expulsivo do parto vaginal.

2.1.2. 2ª Etapa – Estratégia de pesquisa

Na segunda etapa realizou-se a estratégia de pesquisa por etapas (JBI, 2015), tendo-se começado por estabelecer os critérios de inclusão e exclusão, os descritores e as bases de dados para pesquisa dos artigos. A pesquisa foi realizada numa primeira etapa entre maio e setembro de 2018, e posteriormente em janeiro de 2020, no período de reformulação do presente relatório.

Crítérios de inclusão e exclusão

O JBI (2015) defende que os critérios de inclusão disponibilizam um guia para compreender o que é solicitado pelos revisores e para os próprios avaliadores basearem as decisões sobre as fontes a serem consideradas na Revisão *Scoping*.

Neste caso, os critérios de inclusão para a seleção dos artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em acesso livre e *full text*, serem estudos quantitativos e/ou qualitativos publicados; terem sido realizados há menos de 10 anos; publicados em português ou inglês e que abordassem as temáticas da tomada de decisão para a realização da episiotomia e o parto vaginal ou 2º estágio do trabalho de parto. Os critérios de exclusão foram: todos os artigos que não se relacionassem com a questão de investigação, que estivessem repetidos ou que tivessem metodologia pouco clara (Apêndice I).

Nesta pesquisa, foram consideradas todas as parturientes, sendo os estudos quantitativos ou qualitativos, de modo a obter informação mais abrangente sobre os aspetos inerentes à tomada de decisão dos enfermeiros sobre a realização da episiotomia para o parto vaginal, no contexto americano, europeu e português, dada a proximidade/similaridade cultural e incidência do fenómeno.

Base de dados

As bases de dados utilizadas foram a PUBMED e a Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), tendo sido realizada uma lista de referência dos artigos escolhidos, através dos

operadores booleanos AND (quando são conceitos diferentes) e OR (para agrupar termos que pertencem ao mesmo conceito), com o objetivo de direcionar a pesquisa.

Descritores

As palavras-chave e os descritores utilizados foram: em inglês *decision-make of episiotomy, episiotomy, parturient, 2nd stage of labor, nurse midwife, birth center, delivery room*. Em português: episiotomia, tomada de decisão clínica do enfermeiro para a episiotomia, parturientes, 2º estágio do trabalho de parto, enfermeira parteira, centro de nascimento e sala de parto (Apêndice II).

2.1.3. 3ª Etapa – Revisão, seleção e análise dos estudos

Na terceira etapa foi realizada a revisão e a seleção dos estudos. No total, obtiveram-se 260 estudos, sendo 115 artigos da PUBMED e 145 artigos da B-On. Num primeiro momento, foram aplicados os limites temporais, o critério de *full text*, o idioma (português ou inglês), o que resultou na extração de um total de 50 artigos. Desses 50 artigos, após a leitura do título e respetivo resumo, foram excluídos 23 artigos; num terceiro momento procedeu-se, através de uma leitura atenta, à elegibilidade dos artigos, tendo sido excluídos outros 16 artigos, ficando assim com uma amostra de 7 publicações, conforme apresentado no Apêndice III.

Para a análise de dados, construiu-se um quadro para a organização da informação extraída de cada estudo selecionado, o que de acordo com Uman (2011) facilita a análise posterior. Nestes quadros integraram-se as orientações metodológicas do protocolo do Joanna Briggs Institute (JBI), resultando na consideração dos seguintes aspetos: autor, ano da publicação, fonte, país, contexto, amostra, tipo de estudo, objetivo do estudo, metodologia e análise dos resultados (Apêndice IV).

2.1.4. 4ª Etapa - Apresentação dos resultados

De acordo com Craig & Smyth (2004), a apresentação dos resultados permite a aplicação da evidência na prática clínica, permitindo que a evidência científica sobre as preferências dos utentes, os recursos disponíveis e a competência clínica possam ser parte ativa no processo de tomada de decisão.

Como principais características dos estudos selecionados (ver Quadro 1, Parte 4), aponta-se que 4 estudos são brasileiros, um estudo é dos EUA e dois reúnem informações de estudos de vários países. Estes últimos dois estudos consistem em revisões de literatura. Três dos estudos são descritivos, um é de natureza quantitativa, um de natureza qualitativa e um de natureza qualitativa e observacional; outro estudo consiste numa análise retrospectiva e o último consiste num estudo de caso.

Os objetivos dos estudos selecionados são muito heterogêneos, tendo-nos deparado com a dificuldade em encontrar, como esperávamos, estudos que se focassem explicitamente nos fatores que influenciam a tomada de decisão do EESMO, ou seja, aspetos individuais e aspetos contextuais (Jesus, 2004), o que a nosso ver indica que é necessário pensar e adotar uma metodologia de análise mais categorizada, de forma a permitir a comparabilidade entre os estudos. Assim, um estudo tem como objetivo compreender se o uso seletivo ou rotineiro de episiotomia é inevitável ou desnecessário, e identificar se a realização da episiotomia depende ou não da situação clínica; outro estudo analisa a ocorrência de episiotomia e sua relação com a paridade das mulheres assistidas por enfermeiros obstetras, outro foca-se no cumprimento do direito da parturiente na tomada de decisão; outro estudo procura compreender quais as razões que levam as mulheres a optar pelo acompanhamento do EESMO; outro foca-se nas consequências e sentimentos vivenciados por parturientes que foram submetidas à episiotomia; outro sobre o conhecimento que tem as mulheres sobre a técnica e finalmente, um estudo procura identificar o que conduz os enfermeiros obstetras a realizarem a episiotomia.

No capítulo seguinte serão apresentados e discutidos os principais resultados encontrados através da revisão *scoping*.

PARTE 3: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que concerne aos resultados dos estudos (Quadro 1), verifica-se que existe uma grande variação na incidência de episiotomia. Alguns autores referem que a decisão para a sua realização está vinculada à situação clínica (Jovanovic et al. 2011). Outros, como Pompeu et al. (2017), concluíram que existe falta de esclarecimento e desconhecimento sobre o procedimento por parte das parturientes, o que contribui para tornar rotineiro o uso da episiotomia.

No que concerne à variação da incidência, a revisão da literatura efetuada por Guimarães et al. (2018) aponta para o uso rotineiro da episiotomia, justificado pela primiparidade, prematuridade, prevenção de laceração perineal, relaxamento do assoalho pélvico, trauma contra a cabeça fetal e macrosomia fetal, mas, em contrapartida, o estudo de Figueiredo et al. (2011), realizado no Brasil, encontrou um baixo índice de episiotomia, o que leva os autores a concluírem que este facto revela a preocupação dos enfermeiros com a humanização desta experiência para a mulher, bem como o recurso a medidas alternativas, uma vez que são utilizados outros métodos, em que a parturiente é estimulada a explorar os instintos de seu corpo. Também a relação desta prática com a paridade da mulher revelou uma predominância desta intervenção em primíparas. A minha experiência profissional, como enfermeira de cuidados gerais a exercer funções numa sala de partos de um hospital público (1.630 partos – 2018, 1.420 partos – 2019), sugere que a incidência da prática de episiotomias está principalmente relacionada com o tipo de profissional que atende o parto, sendo nos partos acompanhados por médicos uma prática que é superior aos 90%, enquanto nos partos acompanhados por enfermeiros EESMO a prática da episiotomia apresenta uma incidência muito menor (cerca de 50%). Nestes casos, a decisão da prática de episiotomia está principalmente relacionada com a experiência dos enfermeiros EESMO, o seu receio da gravidade das lacerações que possam ocorrer em tentativas de períneo íntegro, (embora a evidência científica confirme que as lacerações sem episiotomia são menos extensas e menos graves do que as lacerações com episiotomia) e também a sua sensibilidade em relação aos direitos das mulheres.

Contudo, três outros estudos brasileiros demonstraram resultados contrários: Rocha et al. (2016) incidiram o seu estudo sobre um parto realizado por um enfermeiro obstetra que efetuou episiotomia sem indicação clínica, sem consentimento da parturiente e sem esclarecimento sobre o procedimento (o que, segundo Tanner, revela uma deficiente observação e interpretação da situação, levando a uma ação – realização da episiotomia

– não justificada), provocando um trauma perineal. Os mesmos autores referem ainda que, quando a parturiente questionou sobre a realização de episiotomia, a enfermeira obstetra limitou-se a responder que era para o bem-estar, quer da parturiente quer do bebé, deixando-a com receio, tristeza e angústia. Esta resposta levou os autores a mencionar que tal é revelador da inexperiência da equipa na assistência ao parto humanizado, devendo refletir-se sobre a necessidade de promover educação continuada e a tomada de decisão baseada em evidência científica.

O estudo de Villela et al. (2016) aponta no sentido de que a decisão sobre a episiotomia surge a partir da autoridade exercida pelos profissionais obstetras, descurando a participação decisiva da parturiente, provocando-lhe medo, insegurança, revolta e outros sentimentos, que se evidenciam quando esta não participa na decisão quanto a esse procedimento, levando os autores a considerar tal prática como uma falta de respeito pelas parturientes. Referem ainda que é necessário atuar na educação, prevenção e promoção da saúde dessas mulheres, considerando sempre a importância da autonomia e dos sentimentos femininos.

Também Pompeu et al. (2017), concluem que foi possível perceber que as participantes possuem poucas informações sobre a episiotomia, tendo-se notado que o desconhecimento das mulheres sobre essa prática contribui para a sua realização rotineira. Por esse motivo, os enfermeiros obstetras e os restantes profissionais de saúde devem apoiar e acompanhar as parturientes, através de orientações e esclarecimento de dúvidas, salientando que o uso rotineiro da episiotomia não se baseia em evidência científica.

O estudo realizado nos EUA por Kozhimannil et al. (2015), demonstrou a preferência das parturientes pela escolha de enfermeiras obstetras como prestadores de cuidados pré-natais, em detrimento de outros profissionais como médicos. E afirmam que esta preferência se deve ao facto das enfermeiras obstetras se mostrarem mais disponíveis, comunicativas, utilizarem termos médicos mais simples de compreender e encorajarem as parturientes a debater todas as suas preocupações e receios. Os cuidados prestados pelas enfermeiras obstetras têm-se revelado eficazes, satisfazem melhor as necessidades, apoiam as políticas dos cuidados de saúde e apresentam custos mais baixos.

Quadro 1: Caracterização dos estudos analisados (*scoping review*) e os principais resultados/conclusões

Autor /País	Título	Amostra	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Principais resultados e conclusões
Jovanovic et al. 2011 (Sérvia)	<i>Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary.</i>	22 Artigos e capítulos de livro	Análise da literatura	Analisar se o uso seletivo ou rotineiro de episiotomia é inevitável ou desnecessário, assim como identificar se a realização da episiotomia depende, ou não, da situação clínica atual.	Existe uma grande variação na incidência de episiotomia, encontrando-se a decisão para a sua realização vinculada à situação clínica. Existe uma grande necessidade de educação contínua no momento do parto, segundo as diretrizes baseadas em evidências, para garantir a segurança da paciente, menos complicações relacionadas com o parto e a melhoria da qualidade de vida, após o nascimento.
Figueredo et al., 2011. (Brasil)	<i>Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por Enfermeiros Obstetras em ambiente hospitalar</i>	447 partos acompanhados por enfermeiros obstetras, em 2008.	Estudo observacional, descritivo, quantitativo	Analisar a ocorrência de episiotomia e sua relação com a paridade das mulheres assistidas por enfermeiros obstetras	O baixo índice de episiotomia encontrado neste estudo revela a preocupação dos enfermeiros com o humanizar desta experiência para a mulher, uma vez que são utilizados outros métodos, em que a parturiente é estimulada a explorar os instintos de seu corpo. Entretanto a relação desta prática com a paridade da mulher revelou uma predominância desta intervenção em primíparas. Torna-se, portanto, imprescindível a reflexão do enfermeiro sobre a sua prática, a fim de que transforme o cenário vigente da atenção obstétrica do país e busque novos saberes que respeitem os direitos femininos na sua integralidade
Rocha et al., 2014 (Brasil)	<i>Relato de episiotomia como violência obstétrica</i>	1 Parturiente na sala de parto	Estudo de caso	Descrever a situação de uma parturiente que sofreu de violação de direitos, assim como da autonomia sobre o seu corpo, aquando a realização de uma episiotomia sem ser orientada e sem o seu consentimento.	A parturiente foi submetida a uma episiotomia sem indicação clínica, contra a sua vontade e sem esclarecimentos sobre o procedimento. A realização rotineira de episiotomia demonstra a inexperiência da equipa na assistência ao parto humanizado, evidenciando a necessidade de promover educação contínua e a tomada de decisão baseada na evidência científica, de modo a diminuir os riscos perinatais, quer para a mãe quer para o bebé. É fundamental envolver gestores e profissionais do sistema de saúde assim como a comunidade para a mudança desta realidade.
Kozhimannil et al., 2015 (EUA)	<i>Midwifery care and patient-provider communication in Maternity decisions in the United States</i>	2400 parturientes que deram à luz em 2011-2012 e que receberam cuidados por parte de enfermeiras obstetras.	Análise retrospectiva	Caracterizar as razões pelas quais as mulheres escolheram enfermeiros obstetras como prestadores de cuidados pré-natais, assim como observar a relação entre os cuidados obstétricos e a comunicação entre o paciente e o prestador de cuidados.	As parturientes escolhem enfermeiras obstetras porque estas comunicam mais, disponibilizam mais tempo para o esclarecimento de dúvidas e receios, e, utilizam termos médicos de fácil compreensão. Os cuidados prestados pelas enfermeiras obstetras têm-se revelado eficazes, satisfazem melhor as necessidades, apoiam a políticas dos cuidados de saúde e apresentam custos mais baixos.

Autor /País	Título	Amostra	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Principais resultados e conclusões
Villela et al., 2016 (Brasil)	<i>Episiotomia: Sentimentos vivenciados pelas puérperas</i>	12 mulheres, com idades compreendidas entre os 15-35 anos, internadas numa unidade de Obstetrícia do município do RJ.	Estudo descritivo quali-quantitativo	Reconhecer os sentimentos e consequências vivenciadas pelas parturientes submetidas à episiotomia sem conhecimento prévio.	A episiotomia provoca medo, insegurança, revolta e outros sentimentos na parturiente, que se evidenciam quando esta não é orientada e nem participa na decisão quanto a esse procedimento. A decisão sobre a episiotomia surge a partir da autoridade exercida pelos profissionais obstetras, descurando a participação decisiva da parturiente. É necessário atuar na educação, prevenção e promoção da saúde dessas mulheres, considerando sempre a importância da autonomia e dos sentimentos femininos.
Pompeu et al., 2017 (Brasil)	<i>Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem</i>	8 Parturientes primíparas, com idade compreendida entre os 18-24 anos, a quem foi aplicada a episiotomia	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Identificar o conhecimento das mulheres sobre a episiotomia.	Foi possível perceber que as participantes possuem poucas informações sobre a episiotomia, tendo-se notado que o desconhecimento das mulheres sobre essa prática contribui para a sua realização rotineira. Por esse motivo, os enfermeiros obstetras e os restantes profissionais de saúde devem apoiar e acompanhar as parturientes, através de orientações e esclarecimentos de dúvidas, salientando que o uso rotineiro não possui evidências científicas.
Guimarães et al., 2018 (Brasil)	<i>Análise de fatores associados à prática da episiotomia</i>	9 artigos, publicados entre 2005-2017	Análise da literatura Revisão integrativa	Identificar os fatores que levam os enfermeiros obstetras a realizarem uma episiotomia.	Apesar de serem adotadas políticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas, as parturientes têm tendência a sofrer algum tipo de trauma perineal, quer através da episiotomia, quer através das lacerações espontâneas. A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na obstetrícia atual, sendo utilizada de forma rotineira. O uso rotineiro justifica-se pela primiparidade, prematuridade, prevenção de laceração perineal, relaxamento do assoalho pélvico, trauma contra a cabeça fetal, macrosomia fetal.

Conclusão

Concluimos que os principais resultados dos artigos selecionados são unânimes ao afirmar que a realização da episiotomia deve ser ponderada adequadamente e que é essencial **basear a prática na evidência científica**, de forma a proporcionar cuidados de maior qualidade, humanizados e personalizados. Os estudos apontam a **necessidade de educação contínua dos profissionais** no que concerne ao parto, num contexto onde o atendimento humanizado e personalizado seja a principal preocupação dos enfermeiros EESMO. Também Jovanovic et al. (2011) mencionam que a **educação dos profissionais deva ser baseada em evidências**, de modo a garantir a segurança da parturiente, com menos complicações relacionadas com o parto e melhoria da qualidade de vida, após o nascimento.

Por outro lado, a falta de estudos publicados sobre a tomada de decisão do enfermeiro na realização da episiotomia (a dificuldade em encontrar estudos durante a pesquisa bibliográfica assim o demonstra), constitui um obstáculo à mudança que se pretende, ou seja, a redução das elevadas taxas de episiotomia. Os poucos estudos encontrados têm objetivos muito diferentes, **dificultando a compreensão do fenómeno da tomada de decisão** do enfermeiro na realização daquele procedimento.

Vários autores referem que **a prática rotineira da episiotomia pode ser considerada como violência obstétrica**, nomeadamente Rocha et al. (2016), sendo até o título do seu estudo “Relato de episiotomia como violência obstétrica”.

Torna-se, também, **imprescindível a reflexão do enfermeiro sobre a sua prática**, a fim de que se transforme o cenário vigente nos cuidados obstétricos em Portugal, e se encontrem novos saberes que **respeitem os direitos da mulher na sua integralidade**. (Figueiredo et al., 2011)

PARTE 4: ENSINO CLÍNICO - NOVAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Este capítulo é dedicado à reflexão sobre o percurso de aprendizagem ao longo do Estágio com Relatório, desenvolvido em duas partes. O referido Estágio decorreu entre 5 de março e 14 de julho de 2018, em duas salas de partos de hospitais públicos portugueses, uma em Lisboa (de 5 de março a 10 de maio) e outra no Algarve (de 14 de maio a 13 de julho). A sua duração total foi de 750 horas de ensino clínico, as quais foram distribuídas da seguinte forma: 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo da estudante.

Em ambos os locais, o ensino clínico decorreu sob a orientação de uma docente da ESEL e um orientador clínico de cada organização, ambos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

4.1. Competências específicas do EESMO

Desde o primeiro ensino clínico pude observar que o enfermeiro especialista ESMO deve ser polivalente, de modo a dar resposta às diversas solicitações que se apresentam durante o trabalho de parto. Por esse motivo, procurei aprender e desenvolver o máximo de competências técnico-científicas e também relacionais para conseguir prestar o cuidado especializado que a parturiente necessita durante o período de trabalho de parto. Das sete competências específicas do EESMO (Regulamento n.º 391/2019), a competência desenvolvida durante o percurso do Estágio com Relatório foi a 3ª competência “*cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*”, que se subdivide em três unidades de competências e com critérios de avaliação definidos (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562-13563). Optei apresentar, no presente relatório de estágio, como a competência foi adquirida, através dos critérios de avaliação para cada uma das unidades de competência.

Assim, promovi a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizei a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina:

Através do estabelecimento dos planos de intervenção conjuntamente com as parturientes e familiares. Procedi sempre à negociação com a mulher, obtendo o seu consentimento informado sobre os procedimentos mais favoráveis para a condução do seu trabalho de parto.

Os planos estabelecidos procuraram sempre diminuir situações de risco. Pelo que recolhi o máximo de informação sobre a parturiente de forma a garantir cuidados adequados e antecipar situações de risco, para além de ler o processo da parturiente, fui colocando questões sobre a evolução da gravidez e dos sintomas desde o início do trabalho do parto, mas também sobre os seus desejos e expectativas, cumprindo assim com a minha obrigação de adequar os meus cuidados e tomar decisões tendo em consideração a parturiente e a família. Por outro lado, e de acordo com Pompeu et al. (2017) acompanhar, orientar e esclarecer dúvidas faz com que as parturientes se sintam motivadas para questionar e pedir informações sobre o parto, ao longo do trabalho de parto.

Garanti um ambiente seguro e promovi o conforto e o bem-estar da parturiente, do recém-nascido e dos acompanhantes durante todo o processo. Procurei sempre receber as parturientes e os acompanhantes com uma atitude empática, positiva, motivadora de forma a criar uma relação de confiança desde o primeiro instante.

Desde o primeiro contacto promovi a vinculação e o fortalecimento dos laços familiares, procurei elogiar durante o procedimento o comportamento quer da parturiente quer do acompanhante de forma a mantê-los ativos e participativos durante o parto; exemplifiquei várias vezes a respiração a adotar incentivando o acompanhante a proceder igualmente à respiração de forma a focar a parturiente nesta técnica, mas sobretudo no último momento em que é fundamental promover a tríade familiar - parturiente/recém-nascido/acompanhante (na generalidade pai) e elaborei e afixei cartaz de informativo sobre cuidados perineais (Apêndice V) na sala de partos para que toda a família compreende-se quais os procedimentos e assumissem responsabilidade de apoiar a parturiente no pós-parto.

Promovi o aleitamento materno e apoiei a parturiente, nunca esquecendo de fornecer informações sobre os seus benefícios a toda família.

Preveni e apoiei no controlo da dor durante todo o processo de trabalho de parto. A dor da parturiente foi uma questão ao qual dediquei muita atenção porque a gestão da dor cria *stress* e ansiedade que podem criar dificuldades durante todo o trabalho de parto. Assim, procurei sempre informar antecipadamente a mulher/acompanhante do motivo do aumento da dor, esclarecendo sempre acerca da sua evolução durante o processo e capacitando-a para gerir a dor durante todo o processo de trabalho de parto. Sempre que a parturiente solicitou a analgia epidural foi respeitado o seu desejo de acordo com as

normas do serviço e foram dadas informações sobre as consequências da sua toma para que tomasse uma decisão informada.

No que concerne à unidade de competência “*diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido*:

Desde o primeiro contacto com a parturiente segui não só normas e técnicas recomendadas, mas também a evidência científica na identificação e monitorização do trabalho de parto; também compreendi as minhas limitações e em situações de necessidade falei com os colegas.

Otimizei sempre que possível as condições de saúde da mãe e do feto, para além de indicações ministrei várias técnicas não cirúrgicas facilitadoras do parto vaginal; procedi à vigilância atenta das puérperas e recém-nascidos. Embora não tenham sucedido situações fora da minha área de atuação, sei que estas seriam imediatamente referenciadas de forma a proteger mãe e feto. Por outro lado, não vivenciei situações graves durante o estágio, como mortes e lutos que me conduziram a aprimorar algumas competências. Contudo, também nestes casos considero que a minha atuação estaria à altura do que é esperado de um EESMO.

Finalmente, no que diz respeito à unidade de competência de *providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto*:

Informei e orientei a parturiente mas também o acompanhante durante todo o trabalho de parto e tomei medidas tendo em consideração as características da parturiente.

Incentivei e elogiei as parturientes e acompanhantes de forma a prevenir qualquer tipo de desvio de comportamento e obter a sua participação ativa.

Tive em consideração as patologias associadas e estabeleci as intervenções necessárias para diminuir os fatores de risco e promover um parto confortável para a parturiente.

Cooperei sempre com outros profissionais envolvidos, transporte a mulher para os devidos serviços ou indiquei a colegas como fazê-lo de forma a cumprir com a segurança da parturiente e do recém-nascido.

Ao todo realizei 51 partos, tendo como resultado 25 períneos intactos, 4 episiotomias, 18 lacerações grau I e 4 lacerações grau II. Procurei evitar a episiotomia, observei e avaliei cuidadosamente a evolução do trabalho de parto de todas as situações. Dei sempre primazia aos procedimentos não cirúrgicos, de forma a evitar lacerações graves,

mas sobretudo, a episiotomia. São alguns exemplos: 1) Incentivei a parturiente a compreender as necessidades do seu corpo e a procurar a posição que lhe fosse mais confortável, esta técnica não cirúrgica de acordo com Couto e Carneiro (2017) tem bons resultados, embora em alguns casos optei por não dar essa indicação por não a considerar ser a mais adequada em determinadas situações; 2) incentivei a parturiente a respeitar e ouvir o seu corpo de a que soubesse espontaneamente quando deveria puxar; 3) fiz massagens perineais, que de acordo com Beckmann e Stock (2013), contribui para reduzir a incidência de trauma perineal durante o parto, assim como tornar mais flexíveis os músculos perineais e reduzir a resistência muscular, evitando a realização de episiotomia; 4) apliquei compressas mornas; 5) utilizei a manobra de Ritgen e 6) sempre que necessário efetuei manobras para controlar o despreendimento da cabeça fetal de forma a evitar lacerações. Todavia, em 4 casos foi inevitável e realizei episiotomias médio-laterais. Num primeiro caso a parturiente que apresentava um períneo curto, em dois casos o feto estava em sofrimento e num quarto caso o períneo mostrava uma cor esbranquiçada, logo, existia falta de irrigação sanguínea. Em todos os casos considero que observei, interpretei e reagi à situação corretamente, eram todos casos indicativos do uso da episiotomia, não fazer a intervenção, a meu ver, teria consequências negativas.

A avaliação que faço do estágio dos dois momentos do ensino clínico é que foi bem-sucedida, as atividades desenvolvidas durante o estágio levaram-me em alguns casos a aprimorar competências e noutros a adquirir competências. E todas as atividades contribuíram para o desenvolvimento da competência do EESMO “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562-13653).

4.2. Competências comuns aos enfermeiros especialistas

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011), são quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências específicas do EESMO desenvolvidas e adquiridas, mencionadas anteriormente, confirmam que *desenvolvi muitas aprendizagens profissionais* assim como a competência de *gestão de cuidados* na sala de partos. De mencionar, ainda,

mencionar o desenvolvimento de competências científicas que adquiri durante a realização da investigação revisão *scoping*. O método, os obstáculos e as dificuldades que enfrentei na realização deste trabalho foram de mais-valia para a minha aprendizagem, considero que adquiri uma perspetiva nova como profissional de enfermagem. O questionamento não era habitual no desenvolvimento da minha função e sinto que passei a estar muito mais observadora e curiosa em saber o que já me levou a pesquisar informações sobre eventos normais e rotineiros que acontecem no meu serviço.

Considero que o estudo e reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista e especificamente do enfermeiro especialista ESMO, provocaram em mim uma mudança como profissional de enfermagem. Olhando para trás e para todos os anos de prática como enfermeira compreendi que as condicionantes que se vivenciam nos hospitais portugueses influenciaram-me a ter uma atitude mais individualista, por exemplo, muitas vezes tomar decisões sem consultar e discutir com os colegas por falta de tempo e receio do julgamento dos mesmos. Porém, verifico em mim uma mudança positiva no sentido de assumir a responsabilidade de contribuir para a *melhoria contínua da qualidade do serviço prestado* e isso significa promover a discussão das situações para encontrar a melhor resposta para a cliente e estratégias futuras. Por outro lado, hoje tenho presente que a qualidade das relações multiprofissionais influencia a eficácia das intervenções, sendo mais eficaz quando os profissionais trabalham conjuntamente e possuem relações fortes, assumindo um papel facilitador e partilhando as experiências (Hoddinott, Pill & Chalmers, 2007). Transmitir os conhecimentos por mim adquiridos, que com os meus pares quer com os clientes foi uma tarefa que considero ter ficado inerente ao meu desempenho profissional.

4.2.1. Considerações éticas

A minha prática foi regulada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente através do artigo 84º, o que se traduz no ter prestado informação não só quando solicitado mas em todas as situações e ter, perante qualquer situação, o cuidado de me identificar enquanto enfermeira a frequentar o curso de Mestrado em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

As considerações éticas que serviram de bússola do meu desempenho na realização do estágio, durante a realização dos quatro ensinamentos clínicos, mais concretamente, adotei os seguintes princípios básicos, a saber:

- 1) O direito à autodeterminação – assumi como pressuposto para o desempenho da minha função que qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino, ou seja, as utentes decidiram de forma livre sobre a sua participação no ensino clínico.
- 2) O direito à intimidade – aceitei em todas as ocasiões que as pessoas partilhassem as informações íntimas e privadas que quisessem. Ou seja, em nenhum momento forcei qualquer cliente a dar-me informações que não queria.
- 3) O direito ao anonimato e confidencialidade – a elaboração do presente relatório cumpre este requisito, não se encontrando no trabalho escrito nenhum nome que possa identificar as pessoas com quem lidei e partilhei experiências. Durante o ensino clínico, em todos os cuidados especializados que prestei, tive sempre o cuidado de obter o consentimento informado das utentes sobre a realização de episiotomia, incentivando a tomada de decisão esclarecida e informada, respeitando a sua privacidade, dignidade e integridade.
- 4) O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – em momento algum violei as regras de proteção da pessoa, nem prejudiquei ou causei dano a alguém.
- 5) E o direito a um tratamento justo e equitativo, tendo assumido uma atitude pró-ativa neste domínio com a assinatura do consentimento informado justo e esclarecido.

Os cuidados e a tomada de decisões que realizei foram fundamentados e baseados na perspetiva teórica da Christine Tanner. Ganhar a consciência dos aspetos externos e internos que influenciam a tomada de decisão contribuiu em muito para aumentar a minha consciência relativa ao respeito das diferenças culturais, éticas e espirituais, não só dos clientes, mas também dos meus pares. Envolver outros profissionais na avaliação dos resultados de forma a identificar maneiras de melhorar o serviço, trabalhar em equipa, ser capaz de transmitir o meu ponto de vista, estar recetiva a pontos de vista diferentes dos meus e tomar as decisões em conjunto, foi uma reaprendizagem constante em todos os contextos de ensino clínico. Esta prática incorporada no meu desempenho contribuiu para partilhar conhecimentos adquiridos da evidência científica mas também para valorizar as *considerações éticas* e aumentar a minha *responsabilidade como profissional de enfermagem*.

4.3. Competências do 2º Ciclo de Estudos

As competências adquiridas no 2º ciclo referem-se às competências necessárias para a obtenção do grau de mestre, nomeadamente as que se encontram nos Descritores de Dublin: Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho e Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro.

Segundo o artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006, número 1, alínea a), o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que seja apoiado nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, permitindo constituir uma base de desenvolvimento ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

O grau de mestre também é conferido aos que saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (artigo 15º, número 1, alínea b).

Para o efeito, os alunos devem possuir capacidade para integrar conhecimentos, assim como para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (artigo 15º, número 1, alínea c).

Também é essencial que os alunos sejam capazes de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, preservando as competências numa base de aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada ou autónoma (artigo 15º, número 1, alíneas d e e).

PARTE 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório de estágio possibilitou uma maior aquisição de conhecimentos e reflexão sobre a episiotomia e a tomada de decisão do enfermeiro obstetra na sua realização.

Os objetivos do presente relatório consistiam em descrever o trabalho desenvolvido na aquisição de conhecimentos que justifiquem intervenções de qualidade baseadas em evidência científica, assim como o aperfeiçoamento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica. Objetivos que foram bem-sucedidos, uma vez que se conseguiu descrever o trabalho desenvolvido na aquisição de conhecimentos que justifiquem intervenções de qualidade baseadas em evidência científica, assim como demonstrar o aperfeiçoamento de competências de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

Os ensinamentos clínicos contribuíram, em muito, para o meu crescimento pessoal e a profissional, permitiram o desenvolvimento de competências, habilidades e capacidades, que serão valiosas para o meu futuro como enfermeira especialista ESMO, nomeadamente na prestação de cuidados especializados de maior qualidade, respeitando sempre as escolhas, a integridade e a dignidade das utentes.

Como em qualquer prática clínica existiram situações bem-sucedidas e situações menos bem-sucedidas, contudo, todas enriqueceram a minha aprendizagem e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Após esta experiência gratificante tenho uma atitude mais crítica sobre o meu desempenho e o desempenho da enfermagem, sinto-me mais autónoma, eficiente e vocacionada para a prestação de cuidados de qualidade e mais humanizados. E muito mais motivada para ultrapassar limitações e assumir a responsabilidade futura de acompanhar, apoiar e promover estratégias para um parto mais natural, recorrendo se necessário a procedimentos como a episiotomia, mantendo a parturiente e o casal sempre informado, com autonomia e liberdade para tomar as suas próprias decisões referentes ao momento do parto.

A nível pessoal, esta experiência revelou-se deveras valiosa, já que me permitiu realmente ver o caminho que pretendo continuar. Ajudou-me a compreender os meus interesses, as minhas limitações, o que tenho a melhorar enquanto futura enfermeira especialista ESMO e a definir novos objetivos.

Em suma, ainda existe um longo caminho a seguir, sendo, a meu ver, necessário começar a agir para alcançar níveis de excelência a médio e longo prazo. Apesar das

mudanças poderem ocorrer a um ritmo lento, estas poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à parturiente e ao casal, assim como para a primazia da humanização e o empoderamento da mulher durante a gravidez e o parto.

Sugestões para a prática

Com o presente Estágio em Relatório, penso que contribuiu para a clarificação da prática de episiotomia, mas também para sensibilizar de que esta só deve ser realizada em caso de necessidade e incentivar, os meus pares, a procurar a aplicar estratégias inovadoras que permitam partos mais humanizados, de qualidade e devidamente informados.

Os estudos considerados na revisão *scoping* parecem ser unânimes nas suas conclusões, ao afirmar que a realização da episiotomia deve ser ponderada adequadamente, pelo que é essencial a revisão das práticas de atendimento à parturiente, considerando a evidência científica e favorecendo atitudes personalizadas.

Por esse motivo, é essencial a continuidade de uma linha de investigação que contribua para a implementação de normas que suportem a prática ponderada da episiotomia. É fundamental que se continuem a realizar investigações que incentivem a uma atitude reflexiva por parte do enfermeiro especialista ESMO e que forneçam estratégias inovadoras e efetivas que sejam promotoras de partos vaginais humanizados, com menos consequências e riscos tanto para a mãe como para o recém-nascido. A minha sugestão é que cada um de nós EESMO comece por estudar as estatísticas das episiotomias realizadas na instituição que trabalha, sendo esta uma contribuição importante e que está ao alcance de todos, permitindo o conhecimento do que se passa na sua instituição, e favorecendo a reflexão sobre o que precisa eventualmente ser mudado. Por outro lado, considero que é fundamental criar indicadores que avaliem o que influencia a tomada de decisão do enfermeiro na realização da episiotomia, refiro-me aos aspetos os contextuais e individuais indicados por Jesus (2004) e citados por Tanner (2006). Se utilizarmos os mesmos indicadores nas nossas investigações, a meu ver, permitirá a comparação entre estudos realizados em diferentes contextos e aumentara em muito o conhecimento sobre este tema.

Finalmente, assumo desde já a responsabilidade de transmitir e partilhar o conhecimento adquirido com a realização do presente Relatório em Estágio, não só informalmente como formalmente através de formações direcionadas aos meus pares e

futuros pais. Começando por disponibilizar o presente para que possa ser consultado por estudantes e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L., & Lukasse, M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 6, 1-3. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Ali, S., Malik, M., Iqbal, J., & Faruqi, N. (2016). Routine episiotomy versus selective episiotomy in primigravidae. *Annals of King Edward Medical University*, 10(4), 482- 484. DOI: <https://doi.org/10.21649/akemu.v10i4.1272>
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Scoping the scope'of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), 147-150. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>
- Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP, 2015). *Experiências de parto em Portugal – 2012-2015*. Lisboa. Consultado em 25 de junho de 2018, em: http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Beckmann, M., & Stock, O. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 30(4), CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Beleza, A., Nakano, A., & Santos, C. (2004). Práticas obstétricas: fatores de risco para o trauma perineal no parto. *Femina*, 32(7), 605-610. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/unifesp/resources/prod-158035>
- Bento, P., & Santos, R. (2006). Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: Uma revisão. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10(3), 552-559. DOI: 10.1590/S1414-81452006000300027
- Borges, B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia – Uso generalizado versus seletivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447-454. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1a01/4dcdf4c4947bee9d386b17e1b77c38ef256b.pdf>
- Caires, T., & Santos, R. (2014). O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. *Revista de Enfermagem Profissional*, 1(2), 422-435. Disponível em:

http://seer.unirio.br/index.php/enfermagempessoal/article/view/3454/pdf_1406

- Carroli G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 21(1), CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Carvalho C., Souza A., & Filho O. (2010). Prevalência e factores associados à prática de Episiotomia em Maternidade Escola do Recife. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 56, 333-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000300020>
- Carvalho, P., Bonfim, M., Costa, A., & Silva, P. (2015). Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia. *Journal of the Health Sciences Institute*, 33(3), 228-234. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_jul-set/V33_n3_2015_p228a234.pdf
- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L. & Santos, S. (2012). *Violência obstétrica: Parirás com dor*. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil. Consultado em 25 de junho de 2018, em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Costa, M., Pinheiro, N., Santos, L., Costa, S., & Fernandes, A. (2015). Episiotomia no parto normal: Incidência e complicações. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, 13(1), 173-187. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655>
- Costa, N., Oliveira, L., Solano, L., Martins, P., & Borges, I. (2011). Episiotomia nos partos normais: Uma revisão de literatura. *Revista Facene/Famene*, 9(2), 45-50. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>
- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16(3), 552-563. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., & Spong, C. (2012). *Obstetrícia de Williams*. (23ª Edição). Porto Alegre: AMGH.

- Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro. *Diário da República n.º 178/2009, Série I de 2009-09-14*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Lisboa. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/230/2009/09/14/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho. *Diário da República n.º 121/2008, Série I de 2008-06-25*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Lisboa. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março. *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Lisboa. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2008). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. (3ª Edição). Rio de Janeiro. Consultado em 1 de julho de 2018, em: <https://bionascimento.com/wp-content/uploads/2015/08/cad-zeroenkn.pdf>
- European Perinatal Health Report (2010). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Consultado em 01 de maio de 2018, em: https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Figueiredo, G., Santos, T., Reis, C., Mouta, R., Progiatti, J., & Vargens, O. (2011). Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. Enferm*, 19(2), 181-185. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>
- Figueiredo, N., Barbosa, M., Silva, T., Passarini, T., Lana, B., & Barreto, J. (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*, 36(4), 296-306. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1146>
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Francisco, A., Oliveira, S., Santos, J., & Silva, F. (2011). Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 94-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>
- Frigo, J., Cagol, G., Zocche, D., Zanutelli, S., Rodrigues, R., & Ascari, R. (2014). Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 6(2), 5-10. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf
- Gould, D. (2007). Perineal tears and episiotomy. *Nursing Standard*, 21(52), 41-46. DOI: 10.7748/ns2007.09.21.52.41.c6596

- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5ª Edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Guimarães, N., Silva, L., Matos, D., & Douberin, C. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*, 12 (4), 1046-1053. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>
- Ho, J., Pattanittum, P., Japaraj, R., Turner, T., Swadpanich, U., & Crowther, C. (2015). Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. DOI: [10.1016/j.ijgo.2010.04.035](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.04.035)
- Hoddinott, P., Pill, R., & Chalmers, M. (2007). Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Fam Pract.*, 24(1), 84-91. DOI: [10.1093/fampra/cml061](https://doi.org/10.1093/fampra/cml061)
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Consultado em 01 de junho de 2018, em: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document final oct-2018.pdf>
- Islam, A., Hanif, A., Ehsan, A., Arif, S., Niazi, S. K., & Niazi, A. K. (2013). Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc*, 63(6), 696-701. Disponível em: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/4229.pdf>
- Jesus, E. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9768/5/5615_TD_01_P.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual - Methodology for JBI scoping reviews*. Australia: The Joana Briggs Institute. Consultado em 01 de junho de 2018, em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Jovanovic N., Kocijancic D., & Terzic M. (2011). Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary. *Central European Journal of Medicine*, 6(6), 885-890 DOI: [10.2478/s11536-011-0088-z](https://doi.org/10.2478/s11536-011-0088-z)
- Kalis, V., Laine, K., Leeuw, J., Ismail, K., & Tincello, G. (2012). Classification of episiotomy: Towards a standardization of terminology. *BJOG*, 119, 522-526. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x)

- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., & Sourtzi, P. (2015). Patient participation in decision making during nursing care in Greece - A comparative study. *Nursing Forum*, 50(3), 147–157. DOI: 10.1111/nuf.12089
- Kozhimannil, K., Attanasio, L., Yang, Y. Tony., Avery, M., & Declercq, E. (2015). *Midwifery care and patient-provider communication in Maternity decisions in the United States. Matern Child Health J*, 19, 1608–1615. DOI: 10.1007/s10995-015-1671-8
- Kudish, B., Blackwell, S., Mcneeley, S., Bujold, E., Kruger, M., Hendrix, S., & Sokol, R. (2006). Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol*, 195(3), 749-754. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.078>
- Lesieur, E., & Bretelle, F. (2016). *Peut-on encore diminuer le taux d'épisiotomie?* Consultado em 01 de setembro de 2018, em: <http://docplayer.fr/45691599-Peut-on-encore-diminuer-le-taux-d-episiotomie.html>
- Lima, M., Silva, M., Souza, T., & Souza, L. (2013). A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. *Revista UNINGÁ Review*, 16(2), 33-37. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1470/1082>
- Lopes, D., Bonfim, A., Sousa, A., Reis, L., & Santos, L. (2012). Episiotomia: Sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 4(1), 2623-2635. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532/pdf_472
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1.
- Lowenstein, L., Drugan, A., Gonen, R., Itskovitz-Eldor, J., Bardicef, M., & Jakobi, P. (2005). Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123, 179-182. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2005.04.006](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.04.006)
- Luque-Carro, R., Subirón-Valera, A., Sabater-Adán, B., Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., & Cruz Guerreiro, E. (2011). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Profesión*. 12(2), 41-48 Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/41-8-episiotomia-12-2.pdf>
- Macleod, M., Strachan, B., Bahl, R., Howarth, L., Goyder, K., Van de Venne, M., & Murphy, D. (2008). A prospective cohort study of maternal and neonatal

- morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG*, 115(13), 1688-1694. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01961.x.
- Marquis, B., & Huston, C. (2010). *Administração e liderança em Enfermagem*. (6ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, A., Jesus, M., Júnior, P., & Passos, C. (2018). Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. *Rev Baiana Enferm*, 32: e25025. DOI 10.18471/rbe.v32.25025
- Mattar, R., Aquino, M. & Mesquita, M. (2007). A pratica da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 29(1), 1-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1.pdf>
- Moini, A., Yari, R., & Eslami, B. (2009). Episiotomy and third- and fourth-degree perineal tears in primiparous Iranian women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 104(3), 241-242. DOI: 10.1016/j.ijgo.2008.10.025
- Moreno, T., Fuentelsaz, C. González, M. & Gil, M. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153-164. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3274352>
- Oliveira, S., & Miquilini, E. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3), 288-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso: Enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Consultado em 12 de Março de 2018, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In M. Abreu, A., Vilar, A., Cantante et al. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações* (pp. 26-34). Consultado em 25 de junho de 2018, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49457/1/Artigo%20PBE%20-%20Contextos%20de%20cuidados.pdf>
- Pereira, G., & Pinto, F. (2011). Episiotomia: Uma revisão de literatura. *Ensaio e Ciências Biológicas, Agrárias e Saúde*, 15(3), 183-196. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120015.pdf>

- Phillips, C., & Monga, A. (2005). Childbirth and the pelvic floor: “The gynaecological consequences.” *Reviews in Gynaecological Practice*, 5(1), 15–22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rigp.2004.09.002>
- Pimenta, L., Silva, S., Barreto, C., & Ressel, L. (2014). A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *J Res: Fundam Care*, 6(3), 987-997. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p987
- Pompeu, K., Scarton, J., Cremonese, L., Flores, R., Landerdahl, M., & Resse, L. (2017). Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7, 1-8. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1142
- Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (2013). *Oxorn-Foote Human Labor & Birth*. (6ª Ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Prieto, L., & Moura, L. (2012). A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? Uma revisão integrativa de literatura, 1-18 [on-line]. Consultado em 01 de junho de 2017 em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10700>
- Profetto-McGrath, J., Negrin, K., Hugo, K., & Smith, K. (2010). Clinical nurse specialist’s approaches in selecting and using evidence to improve practice. *World views on Evidence-Based Nursing*, 7(1), 36-50. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2009.00164.x
- Progianti, J., Araújo, L., & Mouta, R. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*, 12(1), 45-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 35/2011 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 5 junho de 2017, <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de Maio de 2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica 2019. *Diário da República m.º 35/2019- II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 1 janeiro de 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Rezende, J. (2012). *Obstetrícia*. (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Rimolo, M. (2011). *Crítérios para realização da episiotomia: Uma revisão integrativa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35932/000816637.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rocha, E., Sousa, K., Paula, N., Veronesi, C., Júnior, O., Oliveira, M., Nóbrega, V., & Castro, P. (2014). Relato de episiotomia como violência obstétrica. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia*, 10(19), 481-487. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/seminario/relato.pdf>
- Santos, J., & Shimo A. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery*, 12(4), 645-650. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>
- Sodré, T., Merighi, M., & Bonadio, I. (2012). Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, 115–120. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17062
- Stener, N., Weintraub, A., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2012). Episiotomy: The final cut? *Arch Gynecol Obstet*, 286, 1369–1373. DOI:10.1007/s00404-012-2460-x
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. DOI:10.3928/01484834-20060601-04
- Villela, J., Silva, I., Martins, E., Ramos, R., Costa, C., & Spindola, T. (2016). Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. *Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, 24(5): e21882, 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.21882>
- Vogel, J., Beek, A., Gietelink, D., Vulkovic, M., Leeuw, J., Bavel, J., & Papatsonis, D. (2012). The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J. Obstet Gynecol*, 206(5):404.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.02.008.
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Consultado a 03 de Janeiro de 2020. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Zanetti, M., Petricelli, C., Alexandre, S., Torloni, M., Maria, R., Nakamura, U., & Sass, N. (2009). Episiotomia: Revendo conceitos. *FEMINA*, 37(7), 367-371. Disponível em: <https://vdocuments.mx/episiotomia-revendo-conceitos.html>

APÊNDICES

Apêndice I

Tabelas de Critérios de Inclusão/Exclusão

	CrITÉRIOS de InclusÃO	CrITÉRIOS de ExclusÃO
Desenho	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos quantitativos e qualitativos publicados em Português ou Inglês - Texto integral disponível (<i>full text</i>) - Limite temporal (há menos de 10 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os que não cumpram os critérios de inclusão - Estudos repetidos nas bases de dados - Estudos que não se relacionem com a questão de investigação ou tenham metodologia pouco clara
População	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro obstetra - Parturientes, independentemente da idade 	
Conceito	<ul style="list-style-type: none"> - Tomada da decisão para a realização da episiotomia 	
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Parto vaginal ou 2º estágio do trabalho de parto 	

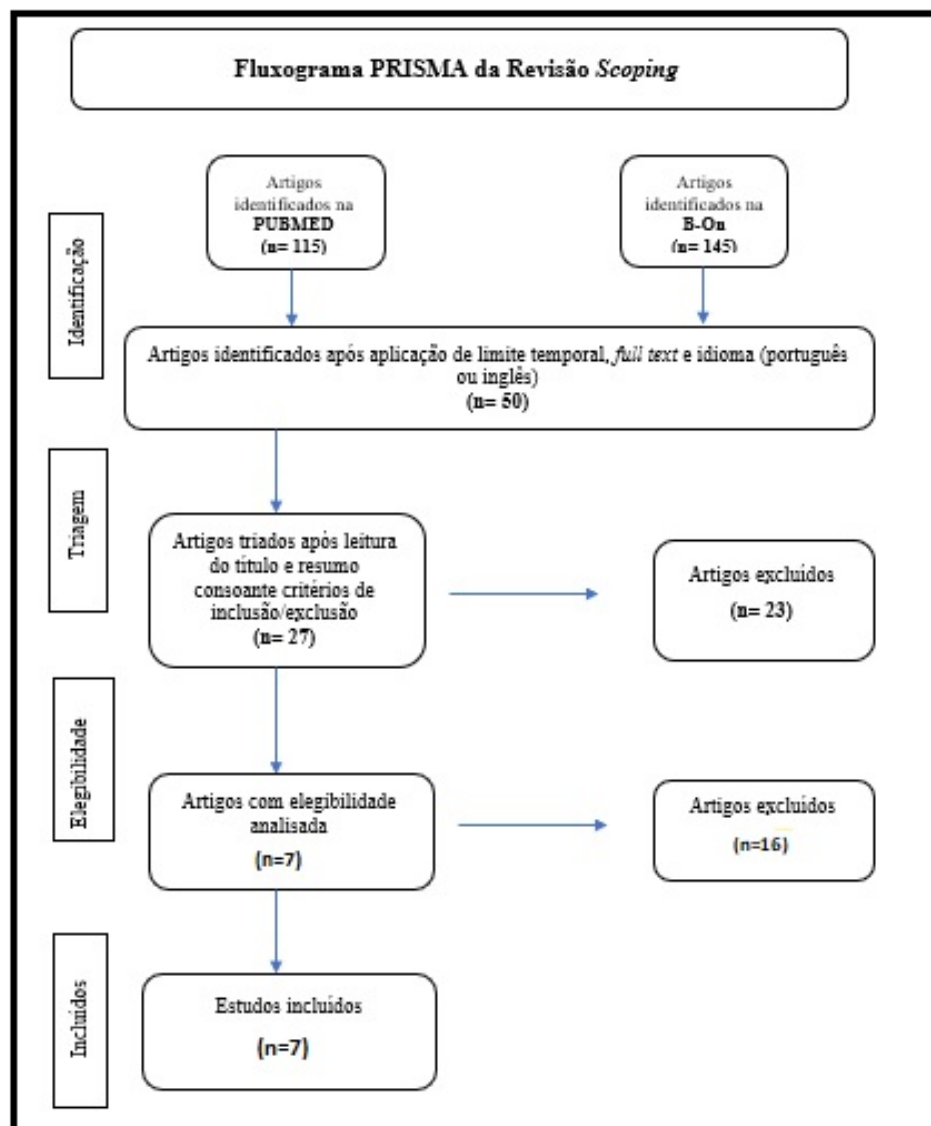
Apêndice II

Termos usados na pesquisa das diferentes bases de dados e conjugação dos descritores

Questão de Pesquisa	Termos de indexação	Palavra-chave	
P (População)	<i>MH:Nurse midwife</i> <i>Parturients</i>	<i>Parturient, nurse midwife</i>	<i>(MH: Parturient</i> OR <i>nurse midwife)</i> AND <i>(episiotomy</i> OR <i>decision-make of episiotomy)</i> AND <i>(MH:Delivery room</i> OR <i>birth center</i> OR <i>2nd stage of labor)</i>
C (Conceito)	<i>Decision-make of episiotomy</i>	<i>Episiotomy, decision-make of episiotomy</i>	
C (Contexto)	<i>MH:Delivery room</i> <i>MH: 2nd stage of labor</i>	<i>Delivery room, birthcenter, 2nd stage of labor</i>	

Apêndice III

Fluxograma da seleção dos artigos (JBI, 2015)



Fonte: Adaptado do Manual da Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

Apêndice IV
Tabela de análise e apresentação dos artigos
selecionados para a revisão *scoping*

Artigo 1 – Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary?

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Jovanovic, Nebojsa., Kocijancic, Dusica e Terzic, Milan Julho 2011, Central European Journal of Medicine, 6 (6), 685-690.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	O estudo engloba parturientes, a nível mundial, a quem foi realizada episiotomia durante o parto.
Tipo de Estudo	Artigo de revisão
Objetivo do Estudo	Analisar se o uso seletivo ou rotineiro de episiotomia é inevitável ou desnecessário, assim como identificar se a realização da episiotomia depende, ou não, da situação clínica atual.
Metodologia	Artigo de revisão
Análise dos Resultados	Aproximadamente 10 a 95% das parturientes serão alvo de episiotomia, dependendo da parte do mundo, onde elas terão o parto. Também é de realçar que a episiotomia muito precoce causa sangramento extensivo, enquanto que a episiotomia tardia provoca o alongamento excessivo do assoalho pélvico e das lacerações.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	Atualmente, após avaliação de muitos relatos, pode-se aferir que existe uma grande variação na incidência de episiotomia, encontrando-se a decisão para a sua realização vinculada à situação clínica atual. Desse modo, ainda existe uma grande necessidade de educação continuada no momento do parto, segundo as diretrizes baseadas em evidências, para obter o melhor para a segurança da paciente, o que irá levar a menos complicações relacionadas com o parto e a melhoria da qualidade de vida, após o nascimento.

Artigo 2 – Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Figueiredo, Giselle, Santos, Tathiana, Reis, Carlos, Mouta, Ricardo, Progiante, Jane, & Vargens, Octávio. Abril/junho, 2011, <i>Rev. Enferm</i> , 19(2), 181-185.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	447 partos acompanhados por enfermeiros obstetras, em 2008.
Tipo de Estudo	Estudo observacional, descritivo, quantitativo
Objetivo do Estudo	Analisar a ocorrência de episiotomia e sua relação com a paridade das mulheres assistidas por enfermeiros obstetras
Metodologia	Qualitativa
Análise dos Resultados	O número de episiotomias representa apenas 50 (11,2%) do total de partos acompanhados por enfermeiros. Seguindo a análise dos dados, tem-se que, de um total de 134 primíparas, 41(9,2%) tiveram a intervenção episiotomia.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	O baixo índice de episiotomia encontrado neste estudo revela a preocupação dos enfermeiros com o humanizar desta experiência para a mulher, uma vez que são utilizados outros métodos, em que a parturiente é estimulada a explorar os instintos de seu corpo. Entretanto a relação desta prática com a paridade da mulher revelou uma predominância desta intervenção em primíparas. Torna-se, portanto, imprescindível a reflexão do enfermeiro sobre a sua prática, a fim de que transforme o cenário vigente da atenção obstétrica do país e busque novos saberes que respeitem os direitos femininos na sua integralidade

Artigo 3 - Relato de episiotomia como violência obstétrica

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Rocha, Érica., Sousa, Kamilla., Paula, Núbia., Veronesi, Camila., Júnior, Orenito., Oliveira, Mayra., Nóbrega, Vannucia e Castro, Paulo. Novembro 2014, <i>Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer</i> - Goiânia, 10 (19), 481-487.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	O estudo foi aplicado ao caso de uma parturiente, numa sala de parto em um hospital de média dimensão situado no Brasil.
Tipo de Estudo	Estudo de caso e observação direta da rotina de uma sala de parto, por parte de uma estudante de Enfermagem.
Objetivo do Estudo	Descrever a situação de uma parturiente que sofreu de violação de direitos, assim como da autonomia sobre o seu corpo, aquando a realização de uma episiotomia sem ser orientada e sem o seu consentimento.
Metodologia	A recolha de dados foi realizada durante o último período do curso da estudante e quando esta realizava estágio curricular obrigatório num hospital de média dimensão.
Análise dos Resultados	A parturiente foi submetida à uma episiotomia sem indicação clínica, contra a sua vontade e sem esclarecimentos sobre o procedimento. A parturiente estava em trabalho de parto ativo, com cerca de 9 cm de dilatação, pelo que foi encaminhada para o centro cirúrgico e imediatamente colocada em posição de litotomia (dorsal). A enfermeira obstetra prepara a anestesia para a realização da episiotomia, quando é questionada pela parturiente sobre qual a finalidade da mesma, tendo apenas como resposta que era para o bem-estar dela e do bebé, o que deixou a parturiente com receio, tristeza e angústia perante esse ato.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	A realização rotineira de episiotomia demonstra a inexperiência da equipa na assistência ao parto humanizado, evidenciando a necessidade de promover educação continuada e a tomada de decisão baseada na evidência científica, de modo a não aumentar os riscos perinatais, quer para a mãe quer para o bebé. Também é de realçar a urgência da integração dos gestores de serviços de saúde no processo de mudança, assim como dos profissionais do sector da saúde, os investigadores e toda a comunidade envolvida no assunto.

Artigo 4 – Midwifery care and patient-provider communication in Maternity decisions in the United States

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Kozhimannil, Katy., Attanasio, Laura., Yang, Y. Tony., Avery, Melissa e Declercq, Eugene. Fevereiro 2015, <i>Matern Child Health J</i> , 19, 1608–1615.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	O estudo foi aplicado a 2400 parturientes que deram à luz, no período de 2011-2012, num hospital dos EUA e que receberam cuidados por parte de enfermeiras obstetras.
Tipo de Estudo	Análise retrospectiva de dados de uma pesquisa nacional representativa de mulheres que deram à luz (<i>Listening to Mothers III</i>), no período de 2011-2012, num hospital dos EUA.
Objetivo do Estudo	Caracterizar as razões pelas quais as mulheres escolheram enfermeiros obstetras como prestadores de cuidados pré-natais, assim como observar a relação entre os cuidados obstétricos e a comunicação entre o paciente e o prestador de cuidados.
Metodologia	A recolha de dados foi realizada no período de 2011-2012, num hospital dos EUA. Para o efeito, foram utilizados modelos de regressão logística multivariada e análise retrospectiva de dados, de modo a caracterizar as razões para a escolha dos cuidados pré-natais por parte das enfermeiras obstetras.
Análise dos Resultados	As mulheres cujos cuidados foram prestados por enfermeiras obstetras têm melhor comunicação e melhores cuidados de obstetrícia comparativamente às que são atendidas por outros médicos. Isto deve-se ao facto das enfermeiras obstetras utilizarem termos médicos mais simples e fáceis de explicar, terem mais tempo para atender as parturientes, encorajando-as a debater todas as suas preocupações e receios.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	O motivo pelo qual as parturientes escolhem as enfermeiras obstetras deve-se ao facto de estas comunicarem mais com as parturientes, assim como disponibilizarem mais tempo para o esclarecimento de dúvidas e receios e utilizarem termos médicos de fácil compreensão. Os cuidados prestados pelas enfermeiras obstetras têm-se revelado eficazes, uma vez que satisfazem mais as necessidades das parturientes e apresentam custos mais baixos, enquanto apoiam os objetivos da política de cuidados de saúde e envolvem cada vez mais as parturientes.

Artigo 5 – Episiotomia: Sentimentos vivenciados pelas puérperas

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Villela, Janaina., Silva, Isabella., Martins, Elizabeth., Ramos, Raquel., Costa, Cristiane e Spindola, Thelma. Agosto 2016, <i>Rev Enferm UERJ</i> , Rio de Janeiro, 24 (5), e21882, 1-5.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	O estudo foi aplicado a 12 mulheres de uma unidade obstétrica no município do Rio de Janeiro, com idades compreendidas entre os 15-35 anos, que se encontravam internadas no alojamento conjunto dessa unidade.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo quali-quantitativo
Objetivo do Estudo	Reconhecer os sentimentos e consequências vivenciadas pelas parturientes submetidas à episiotomia sem conhecimento prévio.
Metodologia	A recolha de dados foi realizada no período de março a abril de 2015, através de entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo e divididas em duas categorias: <i>déficit</i> quanto ao esclarecimento sobre a episiotomia e repercussão dos sentimentos vivenciados pelas parturientes. O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética.
Análise dos Resultados	As 12 parturientes encontravam-se em idade fértil, eram primíparas e estavam com dúvidas e receios quanto à maternidade e ao puerpério. 11 Mulheres (91,67%) afirmaram ter total desconhecimento sobre o procedimento, ou seja, não sabiam o motivo e como era feito o mesmo. Apenas 1 (8,33%) mulher respondeu que foi orientada durante o período pré-natal, mas também não soube explicar como o procedimento era feito e quando era indicado. Existe ausência de esclarecimento sobre a episiotomia, sendo que a mesma foi realizada sem informação e sem autorização prévia.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	A episiotomia insere-se num contexto invasivo e agressivo, o que provoca medo, insegurança, revolta e outros sentimentos na parturiente, que se evidenciam quando não é orientada e nem participa na decisão quanto a esse procedimento. A decisão sobre a episiotomia surge a partir da autoridade exercida pelos profissionais obstetras, descurando a participação decisiva da parturiente, o que contraria os direitos humanos, bioéticos e sexuais/reprodutivos, essenciais para o empoderamento feminino. Por esse motivo, é necessário um redireccionamento do foco de cuidado da enfermagem, para que se possa atuar sobretudo na educação, prevenção e promoção da saúde dessas mulheres, considerando sempre a importância da autonomia e dos sentimentos femininos.

Artigo 6 – Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Pompeu, Kelen., Scarton, Juliane., Cremonese, Luiza., Flores, Rosiele., Landerdahl, Maria Celeste e Resse, Lúcia. 2017, <i>Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro</i> , 7, e1142, 1-8.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	O estudo foi aplicado a 8 parturientes que vivenciaram o parto vaginal com episiotomia na unidade tocoginecológica de um hospital situado no Rio Grande do Sul, com idade compreendida entre os 18-24 anos, sendo todas primíparas.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.
Objetivo do Estudo	Identificar o conhecimento das mulheres sobre a episiotomia.
Metodologia	Os critérios de inclusão englobaram parturientes que vivenciaram o parto vaginal com episiotomia, internadas durante o período de recolha de dados; maiores de 18 anos e que resultassem em recém-nascidos vivos. As participantes enquadradas nos critérios de inclusão foram informadas, individualmente, sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, assim como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A recolha de dados ocorreu no período de abril e maio de 2014, através de entrevistas semiestruturadas, com posterior análise temática (contexto histórico-social do grupo e ordenação, classificação dos resultados obtidos e confrontação com a literatura existente sobre o tema).
Análise dos Resultados	Existe falta de esclarecimento e desconhecimento sobre o procedimento de episiotomia, os fatores que podem influenciar o parto e, ainda, a violência de gênero que ocorre nas instituições de saúde, como a violência obstétrica, a qual está perpetrada nas maternidades, não sendo muitas vezes percebida por quem as pratica e, também, por quem sofre essa violência
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	Foi possível perceber que as participantes possuem poucas informações sobre a episiotomia, tendo-se notado que o desconhecimento das mulheres sobre essa prática contribui para a sua realização rotineira. Por esse motivo, os enfermeiros obstetras e os restantes profissionais de saúde devem apoiar e acompanhar as parturientes, através de orientações e esclarecimentos de dúvidas, salientando que o uso rotineiro não possui evidências científicas. Estas orientações podem ser expressas mediante mudanças ao nível da educação em saúde, atenção básica no pré-natal e reavaliação do

	<p>conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde, de modo a substituir a episiotomia por métodos não farmacológicos no primeiro estágio do trabalho de parto. Também é de realçar a promoção da tomada de decisão por parte das mulheres e dos familiares sobre os eventos inerentes ao parto.</p> <p>Os autores sugerem que sejam realizados novos estudos que permitam avaliar as dificuldades na implementação de práticas seguras no parto vaginal, para assim poderem diminuir o uso rotineiro da episiotomia.</p>
--	--

Artigo 7 – Análise de fatores associados à prática da episiotomia

Autor, Ano da Publicação e Fonte	Guimarães, Nadja., Silva, Liniker., Matos, Daniella e Douberin, Cristina. Abril 2018, <i>Revista de Enfermagem UFPE OnLine</i> , Recife, 12 (4), 1046-1053.
País, Contexto, Faixa etária e Amostra	A revisão integrativa incidiu sobre 9 artigos inseridos nas bases de dados LILACS e BDENF e nas bibliotecas virtuais BIREME e SciELO, que foram publicados no período de 2005-2017.
Tipo de Estudo	Revisão integrativa para responder à questão “O que leva o enfermeiro obstetra a realizar uma episiotomia?”
Objetivo do Estudo	Identificar os fatores que levam os enfermeiros obstetras a realizarem uma episiotomia.
Metodologia	Os critérios de inclusão englobam os artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período de 2005-2017, que oferecessem informações atualizadas sobre o tema da episiotomia. Os critérios de exclusão foram o resumo de artigos e artigos duplicados em outras bases de dados. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa por evidências, tendo sido selecionados 9 artigos, que foram posteriormente submetidos à leitura, análise e discussão através de um instrumento adaptado e validado por Ursi 2005.
Análise dos Resultados	Apesar de serem adotadas políticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas, as parturientes têm tendência a sofrer algum tipo de trauma perineal, quer através da episiotomia, quer através das lacerações espontâneas. A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na obstetrícia atual, sendo utilizada de forma rotineira. O uso rotineiro da episiotomia também se justifica pela primiparidade, prematuridade, prevenção de laceração perineal, relaxamento do assoalho pélvico, trauma contra a cabeça fetal, macrosomia fetal.
Conclusões do Autor com Implicações para a Prática	A episiotomia não previne lacerações de 3º e 4º grau, uma vez que a mesma é uma das causas mais frequentes de morbidade materna durante o pós-parto, já que expõe a parturiente ao aumento da perda sanguínea, infecção, disfunção sexual, incontinência urinária, prolapso vaginal comparativamente a outros tipos de trauma perineal. Por esse motivo, deve existir uma preocupação científica em implementar técnicas que auxiliem na fisiologia do parto e preservem a integridade corporal. Também é essencial que os profissionais de saúde privilegiem as boas práticas do parto, realizando pesquisas e escolhendo um parto com qualidade, humanizado e focado na parturiente.

Apêndice V

Cartaz Cuidados Perineais

CUIDADOS PERINEAIS



O QUE É UMA EPISIORRAFIA?

Consiste na sutura da ferida cirúrgica perineal (região muscular entre a vagina e o ânus). Realizada no parto para ajudar na saída do seu bebé. A sutura realiza-se com pontos absorvíveis, “que caem” sozinhos e cicatrizam dentro de 1 semana ou mais dias, sem que na maioria dos casos ocorra qualquer complicação.

QUE CUIDADOS DEVO TER?

- ✓ Lavar e secar fazendo leve pressão, sem friccionar, mantendo a região perineal o mais seca possível.
- ✓ Trocar o penso higiénico sempre que for à casa de banho.
- ✓ Colocar gelo protegido por compressas.

